

健保添付欄	理事長・常務理事	所属長	主担者	係員

受付年月日	決定年月

高額医療費資金貸付申込書

高額医療費資金貸付に係る受診年月を記入して下さい。

(平成 20 年 9 月診療分)

事業所記入欄	事業所名			責任者	担当者
	所在地	(〒)			

医療機関の証明、もしくは医療機関等の療養に要する費用の明記のある請求書、又は領収書を添付して下さい。

医療機関証明欄	療養を受けた人	氏名	健 保 一 郎		生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	18年10月10日										
	療養を受けた医療機関	所在地	(〒570-XXXX) O×市△△町3丁目27番地														
		名称	O×病院 ㊟ TEL (06) 6992-XXXX														
	療養を受けた期間	平成 20 年 9 月 1 日～平成 20 年 9 月 30 日 (30 日間)															
	療養についての請求点数及び請求額 (自費診療分を除く)	請求 点数	3	4	0	0	0	0	0	請求 金額	1	0	2	0	0	0	0
傷病名	心筋梗塞 その他			入院 外来 区分	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	他の制度により自己負担額、またはその一部の支給を受けられるかどうか			<input type="checkbox"/> 受けられる (制度名) (費用徴収 有 ・ 無) <input checked="" type="checkbox"/> 受けられない								

被保険者記入欄	上記高額医療費の貸付けの申込をいたします。															
	平成 20 年 10 月 10 日 提出する日付を記入して下さい。															
	パナソニック健康保険組合 理事長殿															
	被保険者証 記号 <u>91</u> 番号 <u>1234567</u>															
住所 (〒570-XXXX) 守口市XXXX																
氏名 健 保 太 郎 ㊟ TEL (06) 6992 -XXXX																
振込み希望 金融機関		O× 銀行 △△ 支店								(フリガナ) 口座名義		ケンポタロウ 健 保 太 郎				
		<input checked="" type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座		口座番号		0	2	5	6	0	7	5				

被保険者名義の銀行名及び口座番号を記入して下さい。

記入しないでください。

健保記入欄	貸付決定 金額											円	支払	平成 年 月 日
	決定期間	自	平成	年	月	日						日間	返済	平成 年 月 日
	算出基礎	自己負担額 負担限度額 (円 - 円) × 0.8										貸付額	備考	自己負担限度額
		= 円												