

健保組合記入欄	貸付決定	年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	参事補	担当者	
		金額	¥ 円					
	決定期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	日間	支払	令和 年 月 日			
	算出基礎				返済	令和 年 月 日		
資格					取得 <small>昭和・平成・令和</small> 年 月 日 喪失 令和 年 月 日			

高額医療費資金貸付申込書 (令和 年 月診療分)

(その1)

被 保 者 記 入 欄	保険証記号	保険証番号	事業所名				
	療養を受けた者の氏名		療養を受けた者の生年月日			被保険者との続柄	
			昭和・平成・令和 年 月 日				
	療養を受けた病院等の名称及び所在地						
	名称					TEL	
	所在地						
	上記病院等で療養を受けた期間			左記期間に受けた療養の請求額			
	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日			日間		円	
	傷病名			他の制度により自己負担相当額又はその一部の支給を受けられるかどうか			
				受けられる ・ 受けられない			
				受けられる場合		制度名 費用の徴収 有 ・ 無	
	振込希望金融機関 (被保険者名義)						
	銀行 金庫 組合		本店 支店 本所 支所	普通 当座	口座番号		
					フリガナ 名義人		
上記高額医療費の支払資金として、 <u>金 円</u> の貸付を申し込みます。 ※この金額欄は記入不要です。							
令和 年 月 日							
S K健康保険組合理事長 殿							
住所 _____							
被保険者 氏名 _____ 印							
TEL ( ) _____							

(その2)

高額医療費

借用証書

金 円也

高額医療費資金として、上記金額を確かに借用致しました。  
ついては、下記条件により返済することを確約致します。

記

月分に係る高額医療費が支給される日、その支給金をもって返済致します。

万一、高額医療費が借入金に満たないときは、その差額分を直ちに返済致します。

但し、債務者が返済不能時は事業主（保証人）が責任を持って返済致します。

令和 年 月 日

S K健康保険組合理事長 殿

	記号	番号
被保険者	_____	
(債務者)	住所	_____
	氏名	印
	_____	
事業主	所在地	_____
(保証人)	名称	_____
	役職名・氏名	印
	_____	

(注) 金額欄は記入せずに返送下さい。

# 医療費請求書

[高額医療費貸付事業用]

貴殿の保険診療費を次の通り請求します。

記

該当診療月	令和 年 月 日		
診療期間	令和 年 月 日から	日間	
	令和 年 月 日まで		
保険診療対象総点数	点	医科・歯科	入院・外来
被保険者証記号		被保険者証番号	本人・家族

令和 年 月 日

名 称

所 在 地

医療機関

T E L

( )

代 表 者 名

印

被保険者又は  
被扶養者名

殿

- (注) 1.この請求書は、高額医療費貸付資金貸付のために使用するものです。  
2.この請求書は、療養を受けた者ごとに、同一月の医科・歯科別、入院・外来別に保険診療対象総点数を記入して下さい。  
3.記入にあたってご不明の点は、下記にお問い合わせ下さい。