

平成・令和	年度	高額医療費資金貸付決定伺	常務理事	事務長	部長	企画役	担当者
起	案	令和 年 月 日					
支給金額							

## 健康保険 高額医療費資金貸付申込書

(平成・令和 年 月診療分)

① 被保険者証の記号・番号		② 事業所の名称	
③ 被保険者の氏名		④ 被保険者の生年月日	昭平 年 月 日
⑤ 療養を受けた者の氏名	1	2	3
⑥ 療養を受けた者の生年月日	昭平 年 月 日	昭平 年 月 日	昭平 年 月 日
⑦ 被保険者との続柄			
⑧ 傷病名			
⑨ 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称		
	所在地		
⑩ ⑨の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 月 日まで 日間	年 月 日から 月 日まで 日間	年 月 日から 月 日まで 日間
⑪ ⑩の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円 ( )	円 ( )	円 ( )
⑫ 他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるかどうか	・受けられる (制度名 ) (費用の徴収の 有・無 ) ・受けられない	・受けられる (制度名 ) (費用の徴収の 有・無 ) ・受けられない	・受けられる (制度名 ) (費用の徴収の 有・無 ) ・受けられない
⑬ 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費または高額医療費資金貸付の支給を3回以上受けた場合、その受給記録	直近の診療月	1・平成・令和 年 月 診療分	2・平成・令和 年 月 診療分
	被保険者証の記号・番号	・	・
上記のとおり健康保険高額医療費資金の貸付を受けたいので申し込みます。 令和 年 月 日 神戸機械金属健康保険組合理事長 殿 被保険者 住所 氏名			
委任状	この申請に基づく貸付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名 代理人の 住所 氏名		
払渡希望銀行名	銀行 信用金庫 支店		
口座番号	1.普通預金 2.当座預金	口座名義	フリガナ 氏名
市区町村長が証明する欄	上記③の者には、平成・令和 年度 市(区)町村民税が課せられないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 (印)		

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーを記載する場合は、備考欄に記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をする添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

- (1) 上記高額医療費該当者の「病院・医院等からの療養に要する費用の内訳のある請求書または領収書」を必ず添付してください。  
(2) 申込者が市区町村民税を課せられない者または生活保護の要保護者であるときは、その旨が明らかとなる書類を添付してください。

# 借 用 証 書

金 \_\_\_\_\_ 円也

私は神戸機械金属健康保険組合規約及び高額医療費資金貸付規程の各条項を承認のうえ、上記金額を借用し、確かに受領しました。

については下記事項を遵守し、返済することといたします。

## 記

1. 利 息 無利息
2. 返済期日 平成・令和 年 月分高額療養費支給日
3. 返済方法 貴組合から支給される高額療養費を充て一括返済します。
4. そ の 他 高額医療費資金貸付規程を誠実に遵守します。

令和 年 月 日

被保険者証の記号番号 \_\_\_\_\_

住 所  
被 保 険 者  
氏 名

神戸機械金属健康保険組合 理事長 殿