

被保険者
被扶養者
世帯合算

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	記号		番号		②被保険者氏名	
③事業所名称						
④療養を受けた方の氏名生年月日続柄	氏名			氏名		
	生年月日	昭・平・令 .	続柄	生年月日	昭・平・令 .	続柄
⑤療養を受けた病院・診療所薬局等の名称所在地	名称			名称		
	所在地			所在地		
⑥傷病名						
⑥の傷病名が負傷による場合、「負傷原因届書」の添付が必要です。また第三者の行為による負傷又は交通事故の場合は「第三者の行為による傷病届」、交通事故によるもの場合は「交通事故に関する書類一式」の提出が別途必要になります。いずれも当組合 HP からダウンロード可能。						
⑦⑤の病院等で療養を受けた期間及び入院通院の区別	年 月 日から	日間	入院	年 月 日から	日間	入院
	年 月 日まで		通院	年 月 日まで		通院
⑧⑦の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(健康保険適用分自己負担額)			円			円
⑨他の制度により自己負担相当額の支給を受けられるか	受けられる (制度名:) (費用徴収の有無: 無・有)			受けられる (制度名:) (費用徴収の有無: 無・有)		
	受けられない			受けられない		
⑩今回の申請診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けたか	受けた	受けた時はその直近の診療月				
	受けない	平成・令和 年 月診療分	平成・令和 年 月診療分	平成・令和 年 月診療分	平成・令和 年 月診療分	平成・令和 年 月診療分
⑪貸付金の振込先	金融機関名	銀行 店・本店 金庫 支店 信組 出張所		⑫事業主が証明する欄	上記のとおり相違ないことを証明します。	
	口座の種類	普通・当座			令和 年 月 日	
	口座名義人	フリガナ			委任された者の 事業所所在地	
	口座番号				事業所名称 事業主氏名	
上記のとおり申込みます。なお、この申込書は被保険者本人が作成しています。						
令和 年 月 日 被保険者住所						
被保険者氏名						
TEL () -						
愛知県情報サービス産業健康保険組合 殿						

備考欄	
-----	--

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類(申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書)」及び「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要となります。)

医療費請求書

(高額医療費貸付事業用)

受診者

.....殿

貴殿の保険診療費を次のとおり請求します。

該当診療月	平成・令和 年 月分		
診療期間	月 日から 月 日まで 日間		
保険診療対象総点数	点	医科・歯科・調剤	入院・外来
健康保険被保険者証	記号	番号	本人・家族

令和 年 月 日

医療機関・調剤薬局
所在地

名称

代表者氏名

- (注) 1. この請求書は、高額医療費資金貸付のために使用するものです。
2. この請求書は、医療を受けたものごとに同一月の医科・歯科・入院・外来別に保険診療対象総点数を記入してください。
3. 記入にあたってご不明の点は、愛知県情報サービス産業健康保険組合にお問い合わせください。
(電話 052-222-6550)

高額医療費資金借用書

愛知県情報サービス産業健康保険組合 理事長 殿

金

--	--	--	--	--	--	--	--

円

私は、愛知県情報サービス産業健康保険組合「高額医療費資金貸付規定」に基づく資金を、上記のとおり借用しました。

借用のうえは、同資金貸付規定を守り返済いたします。

令和 年 月 日

借 受 人

住 所

氏 名
