

常務理事	事務長	保健事業課長	課長補佐	主任補佐	係

合議	
業務担当責任者	業務担当

高額医療費資金貸付申込書 兼 請求書

(平成 ○○年 ○月診療分)

 枠の中を記入してください。

1 カ月分をまとめて申請してください。

付 番 号

—

標準報酬月額	千円	一般・上位所得者・低所得者・多数該当・合算
算出基礎	円 —	円 =
	円 × 0.8 =	円 , 000円
貸付決定額	円	貸付決定日 平成 年 月 日

忘れずに!

健康保険被保険者証	記号	1	番号	00001	所属長証明印	印
高額療養費対象者	氏名	名鉄 太郎	被保険者との続柄	本人	氏名	
	生年月日	昭平 40年 1月 1日生			生年月日	昭・平 年 月 日生
医療機関名	名鉄病院					
医療機関の所在地・連絡先	〒451-0052 名古屋市西区栄生 2-26-11 (電話 052 - 551 - 6131)			〒 (電話 - -)		

医療機関請求額または支払額	<ul style="list-style-type: none"> ☆ 同一月内に同一世帯で、医療費の負担額が 21,000 円を超えるものがある ☆ 院外処方により、調剤薬局で薬を受け取った際の薬代金がある
保険診療対象総点数	<p>上記のいずれかに当てはまる場合は、合算することができます。 詳しくは、健康保険組合へお問い合わせください。</p>

上記の高額医療費資金の貸付を申し込みます。
なお、貸付金が交付される際は、下記へ振り込んでください。

被保険者名義の口座に限りません。
郵便局は取り扱いできません。

平成 ○○年 ○○月 ○○日

被保険者 現住所 〒 450-0002 名古屋市中村区名駅 1-1-1

氏名 名鉄 太郎 勤務先 名古屋鉄道(株)

振込先 名鉄 銀行・農協 信用金庫・組合 本店 名古屋 支店・出張所

普通・当座 口座番号 0123456

(フリガナ) メイテツ タロウ 口座名義人 名鉄 太郎

忘れずに!

この用紙は、医療機関で証明してもらいます。

注) 医療を受けた人ごと、医療機関ごとに記入をお願いしてください。

この用紙とは別に、領収書または請求書（いずれも本通）を添付してください。

医療費請求証明書

(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証明します。

該 当 診 療 月	平成 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

平成 年 月 日

医療機関の所在地

名 称

代 表 者 名

印

- (注) 1. この請求証明書は、高額医療費資金貸付のために使用するものです。
2. この請求証明書は、診療月（同一月内）ごとに、医科・歯科・調剤、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、名古屋鉄道健康保険組合にお問い合わせください。

(電話 052-551-6131)

貸付金の入金確認後、速やかに健康保険組合へご提出ください

高額医療費資金借用書

名古屋鉄道健康保険組合
理事長 殿

貸付金額を記入

金額							0	0	0	円
----	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---

私は、「高額医療費資金貸付規程」に基づく資金を、上記のとおり借用しました。

借用のうへは、同資金貸付規程を守り、返済いたします。

平成 年 月 日

記入日

借受人	(住所)
	(氏名)

忘れずに!

印

保証人	(健康保険証記号・番号)
	(氏名)

印

任意継続被保険者の方のみ
保証人が必要です。

- (注) 1. 任意継続被保険者に限り、保証人を必要とする。
2. 保証人の資格は、当組合の在職中の被保険者で、
加入期間が10年以上である者。

◎貸付金の入金確認後、速やかにご提出ください。