

供 覧	常 務	事 務 長	課 長	担 当

高額医療費資金貸付申込書

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号		事業所名				
	療 養 を 受 け た 者	氏 名	生 年 月 日			被 保 険 者 と の 続 柄	
			年 月 日				
	療 養 を 受 け た 期 間	平 成 年 月 か ら 同 月 日 (日 間)					
	上 記 期 間 に 受 け た 療 養 に つ い て 請 求 を 受 け た (支 払 っ た) 額				円		
	<p style="text-align: center;">高額医療費資金の貸付けを受けたいので上記のとおり申し込みます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">被 保 険 者 氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">T E L () -</p> <p style="text-align: center;">静岡県自動車販売健康保険組合理事長 様</p>						
	振 込 希 望	銀 行	種 別	普 通 当 座	番 号	名 義	
	金 融 機 関	支 店					
	事 業 主 証 明 欄	<p>上記の者は当事業所に勤務しており、高額医療費資金の借用を希望している者であることを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>所 在 地</p> <p>名 称</p> <p>代 表 者 氏 名 印</p>					

高額医療費資金貸付規程の概要

目 的	高額療養費の支給を受けることが見込まれる者に対し、その支給を受けるまでの間、療養に要する費用を貸付けます。
貸付額	高額療養費支給見込額の8割とします。ただし、千円未満の端数は貸付けません。
貸付利息	利息は付しません。
貸付申込	高額医療費資金貸付申込書につき書類を添えて健康保険組合(以下「組合」という。)に提出してください。 ▶ (1) 医療機関等から療養に要する費用の内訳のある請求書または領収証書 ▶ (2) 申込者が市町村民税を課されない者または生活保護者であるときはその旨が明らかになる書類
借用証の提出	高額医療費資金貸付決定通知書を受けたときは、借用証書(貸付決定通知書に同封します)に署名捺印して組合に組合に提出してください。
貸付の方法	あなたの指定した金融機関に送金します。
貸付期間等	高額療養費が支給される日までの間とします。ただし、高額療養費が貸付金の額に満たないときの、その差額分は組合の指定する日までとします。
不支給となった場合の取扱い	高額療養費が不支給となったときは、組合の指定する日までに貸付金を返納してください。貸付金の全額が返納されたときは、領収書を交付するとともに借用証書をお返しします。