

決定年月日	令和 年 月 日	常務	事務長	課長	係長	係	資格関係確認
貸付決定額							取得 喪失 被扶養者
貸付の対象となる期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	支払年月日		返済年月日			
貸付金額算出基礎							請求額確認

高額医療資金貸付申込書（令和〇〇年〇〇月受診分）

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証記号番号	記号 — 番号	被保険者氏名	被保険者の氏名をご記入ください				
	診療を受けた者の氏名	診療を受けた方の氏名をご記入ください		生年月日	昭和・平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		続柄	〇〇
	診療を受けた病院・診療所	名称	病院の名称をご記入ください					
		所在地	病院の所在地と連絡先をご記入ください TEL — —					
	診療を受けた期間	自	令和〇〇年〇〇月〇〇日	左記期間について 請求を受けた診療費	お支払いされた金額をご記入ください			
		至	令和〇〇年〇〇月〇〇日		どちらかに〇をしてください			
	傷病名	傷病名をご記入ください						
	他の制度等から自己負担相当額、又はその一部の支給を受けられるかどうか	受けられる	制度名					
		受けられない	金額					
	貸付金の振込希望金融機関	銀行・金庫 組合・農協		(支)店 出張所 営業部 数字3桁を記入)	普通・当座			
口座番号		被保険者名義の振込口座をご記入ください						
上記の高額医療費の支払資金として、金 円 の貸付を申込いたします。	この金額欄は何も記入しないでください							
令和〇〇年〇〇月〇〇日 大阪港湾健康保険組合理事長 殿	住所	被保険者の住所をご記入ください						
	氏名 (自署)	被保険者の氏名をご記入ください						
上記の貸付申込については必要なものと認められるので、組合の貸付をお願いします。	事業所名称 所在地 代表者氏名	この欄は事業主の証明が必要となりますので、勤務先へご提出してください						

- ◎ 世帯内で同一月に二人以上が高額医療に該当して貸付を受けようとする時は、それぞれ申込み書を作成して、一括して申込みをして下さい。
- ◎ この申込書には次の書類を添付して下さい。
 - (1) 医療機関が発行した領収書、または、請求書
(健康保険での療養に要した費用の内訳が記載されているもの)
 - (2) 高額療養費支給申請書
 - (3) 被保険者が市町村民税を課せられない者、又は生活保護法の要保護者である時はそのことを証明できる書類（市町村の証明書等）
- ◎ この申込書は事業主を経由して提出して下さい。

高額医療費借用証書

金 貸付金額をご記入ください 円也

高額医療資金として、上記金額を確かに借用いたしました。
については、下記条件により返済することを確約いたします。

記

令和〇〇年〇〇月分診療について高額医療費が支給される日に、その支給金をもって返済いたします。

万一、高額医療費が借入金に満たない時はその差額を、また不支給になった時は全額直ちに返済いたします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

大阪港湾健康保険組合理事長 殿

被保険者住所 被保険者の住所をご記入ください

債務者氏名（自署） 被保険者の氏名をご記入ください

◎高額医療費資金の貸付決定通知を受けた時は、直ちに、この借用書を組合に提出してください