

高額医療費貸付申込書 (第 回申込分)

受付日付印

みずほ健康保険組合 御中

※太枠内について全てご記入ください。

		提出日	令和 年 月 日
被保険者等	記号	番号	
被保険者氏名			直通電話 ()
事業所名称	所属部室店		
受診者の氏名			
受診者の生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者との続柄	
療養を受け た医療機関	名称 所在地		
診療を受けた期間	令和 年 月 日から 同月 まで (日間)	令和 年 月 日から 同月 まで (日間)	
請求された額	円	円	
貸付金申込額	円 (下記により算出の上、記入して下さい)		
(算定式) 〔①請求書保険診療分の一部負担金合計 - ②高額療養費算定の控除額〕×0.9 = 貸付申込額 → (注) 室料差額等自費分は対象になりません。 (千円未満切り捨て)			

事業主証明欄	上記の通り相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 事業所名称 事業主又は 代理人の氏名
--------	---

[添付書類] ・明細のある請求書コピー又は、領収書コピー
・高額医療費貸付金借用証書

みずほ健康保険組合事務処理欄			
貸出貸出並 貸出決定	伺・決定・貸出日	令和 年 月 日	貸出額 ¥
	備考	() × 0.9 ※千円未満切り捨て (第 回 高額医療費貸付金)	

償還日	令和 年 月 日
-----	----------

常務理事	事務長	次長	担当