

医療費の請求のうち、高額療養費の8割を貸付できます。

(注)より多く窓口の負担軽減を希望される場合は、限度額認定証を申請してください。

(高額療養費全額を窓口で請求されないため)

被保険者 情報	被保険者証 の(左づめ)	記号 <input type="checkbox"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)			印
	住所	(〒 -) 都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
受診者 情報	受診者氏名	氏名	続柄	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>
	医療機関名				
	医療機関 所在地				
	療養を受け た期間	年 月 日 から 年 月 日			
	傷病名				
	支払金額	円	貸付希望額	円 (高額療養費の8割)	
振込先 (被保険 者口座)	金融機関 名称(コード)	()	支店名 (コード)	()	
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	口座名義 (カタカナ)				

上記の事由に該当するため、申出します。

年 月 日

【添付書類】 医療機関からの療養に要する費用の内訳のある請求書
または領収書を添付してください

健保 記入欄	貸付NO		貸付日	年 月 日	返済日	年 月 日
	貸付金額	円	算出の基礎			
関係会社						
<input type="text"/>						

・大阪ガス社員は直接健保組合へ
・関係会社直接採用者は総務担当へ

大阪ガス健康保険組合

受付日付印

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。