

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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				

受付日付印

大阪ガス健康保険組合