大阪瓦斯健康保険組合　理事長　殿

健康保険 被保険者 被扶養者 高額医療費費資金貸付 申込書

被保険者（申請者）記入用

下記の事由に該当するため、申請します。　　申請日　　年　　月　　日

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、高額療養費全額を窓口で請求されないようにするためマイナ保険証で受診するか限度額適用認定証を申請してください。

被保険者情報	被保険者	記号(1か2)	番号（06270748ではありません）（右づめ）	**記号番号が分からない場合**は個人番号（マイナンバー）を記入してください
	氏名	（フリガナ） 印 ← 自署の場合は押印を省略できます	生年月日　年　月　日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	
	住所	（〒　　-　　）　都道府県		
	電話番号（日中の連絡先）	TEL　　（　　）		
被保険者記入欄	受診者氏名		続柄	生年月日　年　月　日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
	医療機関名			
	医療機関所在地			
	療養を受けた期間	年　月　日　～　年　月　日		
	傷病名			
	支払金額	円	貸付希望額	円　（限度額は高額療養費の8割まで）
	振込先　※口座は被保険者名義の口座を記入してください			
	金融機関名称（コード）	（　　）	支店名（コード）	（　　）
	預金種別	☐ 普通　☐ 当座	口座番号（右づめ）	口座名義（カタカナ）

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

※健康保険組合記入欄

貸付No	貸付金額	貸付日	返済日
	円	年　月　日	年　月　日
算出の基礎			

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印

※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。

2025.2