

(様式第1号)

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|-----|--|-----|
| 同 年 月 日 | 年 月 日 | | | | | | | 決裁伺 | | | | |
| | 千 | 百 | 捨 | 万 | 千 | 百 | 捨 | 円 | 常務理事 | 事務長 | | 担当者 |
| 貸付決定額 | | | | | | | | | | | | |
| 貸付対象期間 | 自： 年 月 日 至： 年 月 日 (日間) | | | | | | | 算出基礎 (総医療費) × (自己負担額) - (高額療養費) × (貸付金) 円 × (0.) - 円 × 0.9 | | | | |
| 貸付年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 資格取得年月日 | 年 月 日 | | | | | | | 資格喪失年月日 | 年 月 日 | | | |

健康保険高額医療費資金貸付申込書(年 月診療分)

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------|-----------------------------|-----------|----------|-----------------------------|----------|--|---|--|--|--|--|
| 被保険者証 記号・番号 | | 事業所 | 名称 所在地 | | | | | | | | | |
| 療養を受けた者の | 氏名 | ① | 続柄 | ② | 続柄 | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | | | | | |
| | 傷病名 | | | | | | | | | | | |
| | 療養を受けた病院診療所等 | 名称 所在地 | | | | | | | | | | |
| | 療養を受けた機関 | 年 月 日から 年 月 日まで (日間) | | | 年 月 日から 年 月 日まで (日間) | | | | | | | |
| | 請求額又は支払額 | 円 | | | | | | 円 | | | | |
| 健康保険高額医療費資金の貸し付けを受けたいので上記のとおり申し込みます。 年 月 日 住所 〒 氏名 印 グラクソ・スミスクライン健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | | | | | | |
| 払込希望 金融機関 | 銀行 信用金庫 | 店 | 種 別 | 普通 当座 | 口座 | 番号 名義 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|
| 委任状 | 私は、下記の者を代理人と定め、上記貸付金の受領を委任します。 被保険者氏名 印 委任者との関係 () 住所 〒 氏名 印 | | | | | | | | 組合受付印 | | | |
|-----|---|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|

- ①この申込書は、暦月ごとに作成してください。(同一月内についてのみ記入してください。)
- ②病院等からの請求額または支払った額は、保険診療分について記入し、特別室料や歯科で認められている差額徴収額は除いてください。
- ③健康保険高額医療費資金借用証書と診療を受けた費用の内訳のある請求書または領収書の写を添付してください。
- ④合算高額療養費(同一世帯で二人以上高額療養費該当)の場合は、①と②にそれぞれ記入してください。

保険診療対象点数等証明書

《高額療養費資金貸付用》

____殿の保険診療請求点数及び受診者負担割合は、下記のとおりであることを証明する。

記

| | |
|------------------------|----------------------|
| 診 療 月 | 年 月分 |
| 診 療 期 間 | 年 月 日～同月 日 |
| 保険診療対象総点数 | _____点 (_____円) |
| 受診者負担割合 | 1割 ・ 2割 ・ 3割 (入院・通院) |
| 被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号 | — |
| 備 考 | |

以上

年 月 日

医療期間名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

代表者名 _____ 印

※この証明書は、入院・通院・調剤・歯科別に同一月内の診療者についてご記入ください。

※該当する負担割合を○で囲んでください。

※ご不明の点は、下記にお問合わせくださるようお願いいたします。

グラクソ・スミスクライン健康保険組合

〒107-0052 東京都港区赤坂1-8-1 赤坂インターシティAIR

電話：03-4231-5090 FAX：03-3408-5931