

本 件 支 給 し て よ ろ し い か	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係
	診療年月	平成 年 月 日			支給決定額	
	資格関係 照合係済	平成 年 月 日 取得			備考	
	平成 年 月 日 喪失					

高額医療費資金貸付申込書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者 の記号番 証号		被保険者 氏名と印		㊟	
	被保険者 の現住所	〒 ()				
	事業所の名称					
	高額医療費該当者					
	氏名	生年月日	続柄	診療年月	病名	病院・医院
	振込銀行	銀行名	支店名	当座・普通	名義人 (フリガナ)	
私は事業主 を代理人と定め権限を委任す 平成 年 月 日請求した高額医療費資金貸付金の受領に関すること。 平成 年 月 日 住所 被保険者 氏名 ㊟						

- [注] (1) 上記高額医療費該当者の「病院・医院からの療養に要する費用の内訳のある請求書又は領収書」を必ず添付してください。
- (2) 申込者が市区町村民税を課されない者又は生活保護の要保護者であるときはその旨が明らかとなる書類を添付してください。

借用書

金 円也

但し、高額療養費の支給を受けるまでの間、療養に要する費用（平成 年 月診療分）

上記借用金額の返還については、次の方法による。

1. 高額療養費が健康保険組合において支給決定がなされたときは、その支給額より差引く
2. 高額療養費支給額が借入額に満たない場合は、その不足額を速やかに返還します。
3. 高額療養費不該当となり支給の対象となくなつた場合は、借用金額の全額を速やかに返還します。

平成 年 月 日

住 所
被 保 険 者
氏 名

印

保険証の記号番号 —

返還不能の場合は事業主において解決の責任を負います。

名 称
事 業 所
事業主氏名

印

大阪自動車整備健康保険組合理事長 殿

委任状

私は大阪自動車整備健康保険組合理事長を代理人と定め次の権限を委任します。

平成 年 月 日請求した高額療養費のうち、高額療養費資金貸付相当額の
金 円受領に関すること。

平成 年 月 日

被保険者 住 所
氏 名

印

保険証の記号番号 ー

大阪自動車整備健康保険組合理事長 殿

高額医療費貸付制度についての注意事項

《制度について》

あなたやあなたの家族が、病気やケガで1か月に病院などに支払った自己負担額が、ある一定の額を超え高額になったとき、請求していただくことによって「高額療養費」の支給を受けることができます。

高額療養費の支給には通常 3～4か月かかりますので、その間の家計の負担を軽くするため、「高額医療費貸付制度」が設けられています。

※事業主様に保証人になっていただく必要があります。

《貸付金額》

高額療養費で支給が見込まれる金額のおよそ 80% です。

《利息》

貸付金には、利息はかかりません。

《返済方法》

高額療養費の手続き時(診療を受けた月から3～4か月月後)に、支給金額と貸付金額を相殺し、残りの差額をお支払いします。

《申し込み方法》

次の4点を健康保険組合へ提出してください。

- a. 高額医療費資金貸付申込書
- b. 病院の領収書または請求書の写し
- c. 高額療養費支給申請書
- d. 委任状
- e. 借用書

以上の書類を受付後、1週間程度でご指定の口座へお振込みします。

診療を受けた月から3～4か月後の高額療養費の手続き時に、残りの差額をお支払いします。

《注意事項》

- ・ 高額療養費は、医療機関から健康保険組合に提出される「診療報酬明細書(レセプト)」の金額にもとづいてお支払いしますので、実際にあなたが窓口で支払われた金額と異なる場合があります。
- ・ 老人保健に該当される方は対象外です。
お住まいの市町村におたずねください。

以上の内容でわからないことがありましたら、大阪自動車整備健康保険組合へおたずねください。

TEL 06-6762-6371