

ルネサス健保使用欄

貸付NO.		決裁	常務理事	事務長	主任	担当
貸付決定額	円					
伺年月日	令和 年 月 日	資格取得日	昭和・平成・令和	年	月	日
貸付決定日	令和 年 月 日	資格喪失日	昭和・平成・令和	年	月	日
貸付(振込)日	令和 年 月 日	扶養認定日	昭和・平成・令和	年	月	日

ルネサス健康保険組合御中 業務係 御中

健康保険 高額医療費資金貸付申請書(令和 年 月診療分)

提出日	令和 年 月 日
-----	----------

基本情報

枝番(-00)記入は不要です。

被保険者証の記号・番号(右詰め)										フリガナ		生年月日	昭和 平成
記号			番号							被保険者名(請求者名)		年 月 日	
事業所名										連絡先			
社名					従業員番号					内線TEL		日中の連絡先 電話番号	

申請内容

対象者が被扶養者の場合はその氏名	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
治療を受けた医療機関	住所	〒			
	名称	TEL:			
治療を受けた期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日				
保健適用分の請求額 <small>(自費分及び入院中食事代除く)</small>	円 費用の内訳が記載してある領収書または請求書の(写)添付				
振込先 (被保険者名義)	銀行		支店	普通当座	口座番号
	名義(カナ)		()		
上記の高額医療費資金の貸付を申込みいたします。					
被保険者住所 〒					
令和 年 月 日 氏名					
連絡先TEL					

< 注意事項 >

- 1.貸付の可否はルネサス健保にて審査の上「高額医療費貸付可否決定通知書」にてご連絡いたします。
- 2.貸付金は本申請書に記載の口座に振込みます。
- 3.当該貸付金は、高額医療費が支給される月に回収させていただきます。
- 4.療養の請求額が高額療養費に達しない場合は貸付対象外となります。

< 申請書の送付先 >

ルネサス健康保険組合 郵送: [〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]

社内便: [(む)ルネサス / #H1S2 / 健保]

貸付金額	回収月	回収金額
円		円

健保インプット

健保受付日付印
