

貸付	<p><注意> この申請は、入院・通院で高額医療費が発生し、かつ「限度額適用認定申請」が出来ず法定の自己負担限度額を超え、支払いが困難な場合に申請できます。 貸付額は高額療養費相当額の8割相当額です。(自己負担額より少ない金額の貸付となります。)</p>			担当
貸付決定日	令和	年	月	日
貸付(振込)日	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 3 年 2 月診療分)

提出日 令和 ○ 年 月 日

診療年月

記入例

()被保険者死亡の場合は、請求者(ご家族等)の氏名と生年月日を記入

被保険者証の記号・番号(右詰め)							フリガナ レイワ タロウ		生年月日					
記号	1	0	0	番号	2	3	4	5	6	7	氏名	令和 太郎	昭和	平成
社名											連絡先			
ルネサスエレクトロニクス											日中の連絡先 電話番号			
12345678					814-1234			03-1234-5678						

申請内容		対象者が被扶養者の場合はその氏名		0	レイワ ハナコ	続柄	妻	生年月日	昭和	平成	52	年	5	月	5	日
治療を受けた医療機関		住所	〒100-1111 東京都千代田区大手町1-1-1 TEL: 03-123-4567													
		名称	令和病院													
治療を受けた期間		平成(令和) 3 年 2 月 15 日 ~ 平成(令和) 3 年 2 月 31 日														
保健適用分の請求額 (自費分及び入院中食事代除く)		## 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)		〇〇〇〇	銀行	支店	普通	口座番号	1234567									
		名義(カナ)	令和 太郎 (レイワ タロウ)													
上記の高額医療費資金の貸付を申込みいたします。																
令和 年 月 日		被保険者住所		〒100-2222 東京都〇市 1-2-3												
		氏名		令和 太郎												
		連絡先TEL		03-1234-5678												

<注意事項>

- 貸付の可否はルネサス健保にて審査の上「高額医療費資金貸付可否決定通知書」にてご連絡いたします。
- 貸付金は本申請書に記載の口座に振込みます。
- 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。
- 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