高額貸付申請書

小松市長

〇年〇月〇日

宮橋 勝栄 様

高額療養費支払の 貸付 を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者	被保険者 記号・番号	小1234567					
	(フリガナ) 氏名	コマツ タロウ	個人 番号	1111 2222 3333			
	住所	小松市小馬出町91番地 (電話 0761-24-8059)					
療養を 受けた 内容	療養を 受けた者	小松 花子	個人 番号	0000 1111 2222			
	期間	〇年〇月〇日～〇年〇月〇日		性別	男 ☐ 女 ☒	続柄	妻
	医療機関	名称	△△病院				
		所在地	△△県△△市△△町				
受取口座	☐ 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ☐ 振込口座を指定する。						
貸付金 振込先	金融機関	別紙「高額療養費資金振込口座指定書」のとおり となります					
	口座種別						

支給額算出書

費用額	a	
負担率(%)	b	
自己負担見込	$c = a * b / 100$	
基準額	d	
高額見込額	$e = c - d$	
貸付率(%)	f	
申請額	$g = e * f / 100$	

*注意 申請額は端数を切り捨てています。

様式第2号（第2条関係）

高額療養費資金振込口座指定書

令和 年 月 日

（あて先）小松市長

借受申込者※世帯主

住所 小松市小馬出町91番地

氏名 小松 太郎 印

令和 年 月 日に貸付申込をした高額療養費資金
定後の振込口座を、この資金の保険診療費の一部負担
てるため、次のとおり指定します。

本人署名の場合は
押印不要です

金額								円
保険医療機関名	所在地 名称							
振込先金融機関名	銀行・金庫 農協・組合						店 所	
口座種別・口座番号								
口座名義人	(フリガナ)							

上記のとおり振り込まれた資金を上記受診者の保険診療に係る一部
負担金に充てることとし、充てた金額の領収書を資金借受人に交付す
ることを承諾する。

令和 年 月 日

（保険診療機関）

所在地

名称

代表者

印

（担当者名 TEL ）

市記入欄	受診者氏名：	診療年月：	年	月
------	--------	-------	---	---