

本人署名の場合は
押印不要です。

高額療養費資金貸付申込書

××年 ××月 ××日

（あて先） 小松市長

申込者 住所 小松市□□町□□番地
 （世帯主） 氏名 小松 太郎
 電話 ××-××××

⑩

小松市国民健康保険高額療養費及び出産費資金貸付規則第2条の規定により、次のとおり高額療養費資金の貸付けを申し込みます。

貸付条件等は必ず遵守します。

なお、貸付金支給後、資格喪失等により高額療養費の支給が受けられなくなったときは、速やかに貸付金を償還します。

療養を受けた 被保険者	記 号 番 号	小 ○○○○○○○○
	氏 名	小松 次郎
	生 年 月 日	××年××月××日
	性 別	男
	世帯主との続柄	□□□
療養を受けた 医療機関名	所 在 地	△△県△△市△△町
	名 称	△△△病院
療養を受けた 期 間	××年 ××月 ××日から ××年 ××月 ××日まで ××日間	
請 求 額 又 は 支 払 い 金 額	円	
貸付申請金額	円	
貸付条件等	1 貸付期間 高額療養費の支給日まで 2 償還方法 支給を受けるべき高額療養費により償還。ただし、高額療養費が貸付金に満たない場合は、その差額分について市長が別に指定する日までに償還すること	
添付書類	1 国民健康保険高額療養費支給申請書	
	2 医療機関からの請求書又は領収書	
振 込 先	別紙指定書のとおり	

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□□町□□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
------	--------	-------	---	---

国民健康保険高額療養費支給申請書 (

診療分)

被保険者証記号番号		小			
療養を受けた被保険者氏名	区分	算定区分	医療機関名	入外区分	一部負担金
個人番号					
個人番号					
個人番号					
個人番号					
個人番号					
個人番号					
個人番号					
個人番号					
個人番号					
個人番号					
個人番号					
個人番号					
個人番号					
前11ヶ月の高額該当					

※こちらの欄は記入不要です

上記のとおり医療機関へ支払いましたので申請します。

(あて先) 小松市長

○年○月○日

世帯主	住所	小松市小馬出町91番地														
	氏名	(フリガナ) コマツ タロウ										電話番号	(印)			
	個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	-	8059

本人署名の場合は押印不要です。

支払金額は下記口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名	北國		金融機関支店名	小松		種別	① 普通 2 当座		口座番号	0123456	
		① 銀行 2 信用金庫 3 農協			① 支店 2 支所 3 出張所							
	口座名義人(フリガナ)	コマツ タロウ										

下欄は記入しないでください。

審査決定額 (医療費総額)	70歳以上の方の 外来個人支給額	70歳以上の方の 世帯合算支給額	70歳未満の方	支給額の合計	現物給付額及び 通知済額の合計	貸付額	差引支給額

領収書 写し・確認	保険税	1 完納	円充当	受付
		2 未納 (納税相談)		