

様式第1号

高額療養費支払資金貸付申請書

平成 年 月 日

山梨県国民健康保険団体連合会理事長 殿
 次のとおり、高額療養費支払資金を貸し付けてください。
 なお、貸付金は私の指定する口座に振り込んでください。

申請者	(フリガナ) 氏名		被保険者証 記号番号	
	住所	(電話)		
療養を受けた内容	療養を受けた者 (明・大・昭・平 年 月 日生)	性別	男女	続柄
	期間	入院 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 入院外 歯科		
貸付金の振込先	金融機関名	銀行 店	(フリガナ) 口座名義人	
	口座の種類	普通・当座・その他 ()	口座番号	No.

費用額	患者負担割合	高額療養費自己負担限度額	高額療養費支給見込	申請額	千円
円×	—	円=	円		

委任状

平成 年 月 日

私が申請した貸付金の受領に関する権限を下記の者に委任します。

申請者 氏名 (印)

請求証明書

平成 年 月 日

殿

保険医療機関の所在地

名称 (印)

下記の国民健康保険による療養点数に係る一部負担金の額を請求 証明 します。

記

国民健康保険 診療総点数	点	公費対象点数	結34. 精32. その他 ()	点
-----------------	---	--------	-------------------	---

記入上の注意

1. 申請者は、太枠部分のみ記入してください。
2. 暦月ごと、医療機関ごとに記入してください。
3. 入院、入院外（通院）、歯科別に記入してください。

なお、入院の場合であっても歯科のものは別に記入してください。

振込口座を保険医療機関とする場合は、委任状に記入してください。

1. 請求書は、医療機関で記入してください。
2. 上記「療養を受けた期間」の国民健康保険診療総点数を記入してください。
3. 公費対象点数は、「国民健康保険診療総点数」のうち、公費が優先して負担する場合の対象点数を記入してください。

なお、結核予防法第 34 条等、該当のものに「○」印を付してください。