

貸付番号		常務理事	事務長	課長	担当者
申込日	令和 年 月 日				
決定日	令和 年 月 日				
高額療養費 見込額			資格取得	令和 年 月 日	
			資格喪失	令和 年 月 日	
			該 当 者		
貸付決定額	$\times \frac{80}{100} =$		資格取得	令和 年 月 日	
			資格喪失	令和 年 月 日	

高額医療費貸付申込書 （令和 年 月 診療分）						
申	被保険者	記号			番号	
		氏名				
込	事業所	名称				
		所在地				
者	高額療養費対象者	氏名				
		生年月日	昭・平・令	年	月	日
記	当該医療機関	名称				
		所在地				
請求額又は支払額		円				
保険診療対象総点数		点 入院・外来				
入 欄	上記の高額医療費資金の貸付けを申込みます。					
	令和 年 月 日		住所			
			TEL			
			氏名			
千葉県機械金属健康保険組合理事長		殿				
払込希望 金融機関	銀行 行 名	銀行・信金	預 金 種 別	普 通 ・ 当 座	口座番号	
		信組・農協 本・支店			口座名義	(カタカナで記入すること)

(様式2)

委 任 状

私は、千葉市中央区栄町36-10 千葉県機械金属健康保険組合理事長

小林 秀幸を代理人と定め、次の権限を委任します。

令和 年 月 診療分にかかる高額療養費の受領に関すること。

令和 年 月 日

被保険者の 住 所

氏 名

④

医療費請求書

[千葉県機械金属健康保険組合高額医療費貸付事業用]

貴殿の保険診療費を次のとおり請求します。

記

該当診療月	令和 年 月分
診療期間	令和 年 月 日から 同 月 日まで 日間
保険診療対象総点数	点 医科・歯科 入院・外来
被保険者記号番号	— 本人・家族

令和 年 月 日

所在地

電話

医療機関名称

代表者名

殿

- (注) 1.この請求書は、高額医療費貸付資金貸付のために使用するものです。
2.この請求書は、療養を受けた者ごとに、同一月の医科・歯科別、入院・外来別に保険診療対象総点数を記入してください。
記入にあたってご不明の点は、千葉県機械金属健康保険組合
(TEL：043-201-1251) にお問い合わせください。

