

# 医療費資金貸付申込書

支 部	国保組合

東京土建国民健康保険組合 理事長 殿

私は、国民健康保険の一部負担払戻金・高額療養費の資金貸付けを下記の通り申し込みます。


1. 一部負担払戻金 (入院のみ)

2. 高額療養費

\*該当番号に○をしてください。

\*貸付金のご返済の際に必要なとなりますので右の高額療養費支給申請書もあわせて記入・押印してください。

支給される金額は、先に届け出たゆうちょ銀行総合口座に振り込んでください。

	申 込 日	〇〇年 △△月 ◇◇日
記号・番号	91- 99 - 12345	
組合員名 (借受申込人)	田中 一郎 	
住 所	〒169-0074 新宿区北新宿1-8-16 電話 03 ( 5348 ) 2985	
受診者氏名	田中 一郎 (生年月日) <u>昭</u> 平 △△年◇◇月〇〇日 生	
医療機関の 住所・名称	(住所) 新宿区北新宿〇-〇-〇 電話 03 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇 (名称) どけん総合病院	
療養期間	平成 〇〇 年 ▽▽ 月 □□ 日 ~ 同月 〇〇 日まで ( 〇日間)	
支払金額 (支払予定額)	〇〇〇〇〇 円	

(組合員が記入)

1~4枚目を合わせて「提出ください。」

負傷原因届 (ケガの場合のみ記入してください)

いつ	〇〇年 △△月 ◇◇日 午後 2 時頃
どこで	杉並区永福町駅前交差点
何をしている時	友人宅に遊びに行くため、自転車で走行中
どのようにして 負傷したか	雨で路面がぬれていたため、スリップして転倒

(組合員が記入)

## 相 殺 契 約 申 込 書

私が、借受けた医療費資金を一部負担払戻金・高額療養費と相殺をもって返済することに同意します。  
なお、一部負担払戻金・高額療養費の額が貸付金の額に満たないときは、その差額分については1ヶ月以内に返還いたします。

(組合員が記入) 組合員氏名

田中 一郎 

## 医 療 費 資 金 貸 付 借 用 証

私は、医療費資金貸付金として 金 \_\_\_\_\_ 円を正に借用いたします。

(組合員が記入) 組合員氏名

田中 一郎 

# 〔負傷原因届〕

① いつ	平成 ○○ 年 △△ 月 ◇◇ 日 ( ○ 曜日) 午前・午後 2 時 00 分頃
② どこで	杉並区永福町駅前交差点 (現場・自宅・その他)
③ 何をして いる時	友人宅へ遊びに行くため、自転車で走行中
④ どのよう にして負 傷したか	雨で路面がぬれていたため、スリップして転倒

⑤ 以下の1～5の中で該当する番号に○をし、必要なところに記入・☑をしてください。

① 私用の負傷

2. 工作中的負傷  
(通勤途中も含む)



その時の仕事の実態	<input type="checkbox"/> 元請	<input type="checkbox"/> 下請	<input type="checkbox"/> 手間請	<input type="checkbox"/> 職人
その時の仕事の材料	<input type="checkbox"/> 元請もち	<input type="checkbox"/> 施主もち	<input type="checkbox"/> 自分もち	
労災保険の特別加入	<input type="checkbox"/> 支部で加入			
	<input type="checkbox"/> 他組合で加入			
	<input type="checkbox"/> 加入していない			
常時勤務の 事業所名	〔 電話番号 ( ) 〕			

3. 交通事故の負傷

相手が	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
事故が発生したのは	<input type="checkbox"/> 工作中	<input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 私用中

4. 他人(第三者)による負傷

相手が	<input type="checkbox"/> わかっている	<input type="checkbox"/> 不明
-----	---------------------------------	-----------------------------

5. その他

〔 〕
-----

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

支 部	国保組合

※太枠内はすべて記入してください。申請1枚につき1ヶ月分です。 (      年      月診療分)

被 保 険 者 証	記号・番号	9 1 - 9 9      - 1 2 3 4 5
① 療養を受けた方の	氏 名	田中 一郎 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女      男 女      男 女
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> H    △△.◇◇.○○      S      S H      H
② 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称・所在地	名 称	どけん総合病院
	所 在 地	新宿区北新宿〇-〇-〇
③ 療養を受けた期間 (暦月ごとに申請)	〇〇年△△月□□日から 同 月 〇〇日まで ◇日間	年 月 日から 同 月 日まで 日間
④ 上記期間に病院等に支払った金額 (領収証コピー添付)	〇〇〇〇〇〇	
⑤ 療養の原因 (負傷の場合は負傷原因届に原因を詳しく記入)	1. 病 気 <input checked="" type="radio"/> 2. 負 傷	1. 病 気 2. 負 傷
⑥ 傷病名		
備 考 (領収証のコピーを添付できない場合は支払った金額を④に記入)		

支 給 歴	年 月診療分	年 月診療分	年 月診療分
-------	--------	--------	--------

上記の通り申請します。支給される給付金は、先に届け出たゆうちょ銀行総合口座に振り込んでください。  
東京土建国民健康保険組合 理事長殿

申 請 日	◇◇年 △△月 ○○日	
組 合 員 (申請者)	住所	(〒 169 - 0074 ) 電話 03 ( 5348 ) 2985 新宿区北新宿1-8-16
	氏名	田中 一郎 <input checked="" type="radio"/>

\*申請書に記入した内容を訂正する場合は、訂正したところに捺印してください。

**組合員本人が死亡し、法定相続人または組合員の遺言により指定された方が申請する場合**

組合員死亡に伴い、私が申請した高額療養費の受取に関する責任は、相続人代表である私が負いますので、貴国民健康保険組合に対して、一切ご迷惑をおかけしません。

申 請 者 氏 名	<input checked="" type="radio"/>	組 合 員 との続柄
住 所	(〒      -      ) 電話 (      )	
振 込 先	口 座 名 義	
	ゆうちょ銀行口座番号	—
	銀行等口座番号	銀 行・信用金庫・信用組合 労働金庫・農 協・漁 協      支 店
	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	

上記に記入・捺印の上、組合員との関係が分かる書類 (戸籍謄本・遺言書の写し等) を添付してください。

個人番号記入欄を忘れずに記入してください。

