

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 | 年 月 日 |
| 記 号・番 号 | 91— | — |
| 組 合 員 名 (借受申込人) | 印 | |
| 住 所 | 電話 () | |
| 受 診 者 氏 名 | (生年月日) 昭・平 年 月 日生 | |
| 医 療 機 関 の 住 所・名 称 | (住所) 電話 () | (名称) |
| 療 養 期 間 | 平成 年 月 日 ~ 同月 日まで (日間) | |
| 支 払 金 額 (支払予定額) | 円 | |

(組合員が記入)

(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 | 年 月 日 | 時 頃 |
| ど こ で | | |
| 何をしている時 | | |
| どのようにして 負傷したか | | |

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

印

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

印

【注意】 申請ごとに組合員の身元確認書類と番号確認書類の提示が必要です（郵送で申請する場合は写しを添付してください）。また、療養を受けた方が組合員以外で、かつ今回初めて国保組合に個人番号を届け出る場合は、療養を受けた方の番号確認書類の写し（下記参照）の添付も必要となります。

| 番号確認書類 | 身元確認書類 (AまたはB) | |
|---|--|---|
| 下記のいずれか一つ | A (下記のいずれか一つ) | B (Aがない場合、下記のいずれか二つ) |
| <input type="radio"/> 個人番号カード(裏) <input type="radio"/> 通知カード <input type="radio"/> 住民票 (個人番号記載のもの) | <input type="radio"/> 個人番号カード(表) <input type="radio"/> 運転免許証 <input type="radio"/> パスポート <input type="radio"/> 在留カード <input type="radio"/> 障害者手帳等 <input type="radio"/> 身分・資格証明書(写真付) | <input type="radio"/> 住民票 <input type="radio"/> 身分・資格証明書 (写真なし) <input type="radio"/> 保険証 <input type="radio"/> 戸籍の附票 <input type="radio"/> 医療受給者証 <input type="radio"/> 印鑑登録証明書 <input type="radio"/> 年金手帳・年金証書 |

個人番号をそれぞれご記入ください

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 組合員の個人番号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|-----------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

【下欄に療養を受けた方の氏名及び個人番号をご記入ください(組合員本人の場合は不要)】

| | | | | | | | | | | |
|-----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 氏名 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|-----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

| | | | | | | | | | | |
|-----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 氏名 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|-----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

| | | | | | | | | | | |
|-----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 氏名 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|-----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

※【個人情報の取扱いについて】この申請書により取得した個人情報（要配慮個人情報含む）は、東京土建国民健康保険組合が適切に管理し、被保険者資格の適用、保険給付など個人情報保護方針に掲げた利用目的以外には使用いたしません。また、これにより取得した被保険者の情報の一部を東京土建一般労働組合及びどけん共済会と共同利用します。なお、個人情報保護方針は、ホームページ等で掲載しています。

※【個人番号の利用目的について】当組合は、被保険者の個人番号を番号利用法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保健事業の実施に関する事務」において利用します。

----- 組合員の方は以下記入不要です -----

支部で控えをとる際は、このページは複写できませんので、ご注意ください。

【支部記入欄】

| 本人確認欄(確認した書類をチェックしてください) | | | | 支部受付・確認 |
|---|--|------------------------------------|---|---------|
| 番号確認 (以下のいずれか1つ) | 身元確認A (以下のいずれか1つ) | 身元確認B (Aがない場合、以下のいずれか2つ以上) | | |
| <input type="checkbox"/> 個人番号カード(裏面) | <input type="checkbox"/> 個人番号カード(表面) | <input type="checkbox"/> 住民票 | <input type="checkbox"/> 身分・資格証明書(写真なし) | |
| <input type="checkbox"/> 通知カード | <input type="checkbox"/> 運転免許証 | <input type="checkbox"/> 保険証 | <input type="checkbox"/> その他 | |
| <input type="checkbox"/> 住民票 (個人番号記載のもの) | <input type="checkbox"/> パスポート | <input type="checkbox"/> 戸籍の附票 | () | |
| <input type="checkbox"/> 登録済 | <input type="checkbox"/> 在留カード | <input type="checkbox"/> 医療受給者証 | | |
| | <input type="checkbox"/> 障害者手帳等 | <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 | | |
| | <input type="checkbox"/> 身分・資格証明書(写真付) | <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 | | |

【国保組合記入欄】

| | | |
|------|----------------------|----------------------|
| 個人番号 | 登録 | 確認 |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

〔負傷原因届〕

| | |
|------------------------|---------------------------|
| ① いつ | 平成 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃 |
| ② どこで | (現場・自宅・その他) |
| ③ 何をして いる時 | |
| ④ どのよう にして負 傷したか | |

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 元請 下請 手間請 職人
 その時の仕事の材料 元請もち 施主もち 自分もち
 労災保険の特別加入 支部で加入
 他組合で加入
 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 いる いない
 事故が発生したのは 工作中 通勤途中 私用中

4. 他人(第三者)による負傷

相手が わかっている 不明

5. その他

[]