

常務理事	事務長	担 当

* 貸付番号		* 資格取得日	平成	年	月	日			
* 貸付決定額	平成	年	月	日	* 資格喪失日	平成	年	月	日
* 貸付決定日	平成	年	月	日	* 扶養認定日	平成	年	月	日
* 貸付(送金)日	平成	年	月	日	* 扶養喪失日	平成	年	月	日
* 高額療養費の見込み額					円				

\* 欄は記入しないで下さい。

## 高額医療費資金貸付申込書

平成 年 月 日 提出

被保険者証の記号・番号										
被保険者氏名										
事業所名										
高額医療費 対象者	氏 名									
	生年月日	昭和	年	月	日	続柄				
診療を受け た医療機関	名 称									
	所在地									
療養を受けた期間		平成	年	月	日	から	平成	年	月	日
請求額又は支払額		円								
		(注意)費用の内訳(請求書等)を裏面に添付して下さい								

上記の高額医療費資金の貸付を申込みます。

なお、貸付金が支給される際は、健保組合へ届出の給付金振込み口座へお振り込み下さい。

平成 年 月 日

被保険者氏名

印