

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

提出日 平成 **年* 月** 日

被保険者証の記号・番号	* * * * *
被保険者氏名	健保 太郎
事業所名	〇〇〇〇〇株式会社
高額医療費 対象者	氏名 健保 花子 生年月日 昭和 **年 ** 月 ** 日 続柄 妻
診療を受け た医療機関	名称 〇〇〇〇総合病院 所在地 〇〇県〇〇市***** TEL***-***-****
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	〇〇〇〇〇〇円 (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 健保 太郎 印