

※記入しないで下さい。

貸付番号		申入日	年	月	日	支払決定	年	月	日
高額療養費見込額		円	資格	取得	年	月	日		
				喪失	年	月	日		
貸付決定額		円	該資格 当者	取得	年	月	日		
				喪失	年	月	日		

高額医療費資金貸付申込書

被保険者証の記号番号	-		
事業所の名称			
事業所の所在地			
被保険者氏名			
高額医療	氏名		
費対象者	生年月日	昭和 令和 平成	年 月 日
診療を受け	名称		
た病院の	所在地		
請求額又は支払額	費用の内訳のある請求書又は領収書の 円 写しを裏面に添付して下さい。		
保険診療対象総点数	点 イ 入院 点 ロ 通院		

上記の高額医療費資金の貸付けを申し込みます。

なお、貸付金が支給される際は下記へお振り込み下さい。

令和 年 月 日

氏名 _____

記

銀行	銀行		支店
口座番号	普通・当座		
口座名義	フリガナ		