

※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				取得	年	月	日
						喪失	年	月	日
貸付決定額		円				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	100-1234567		
事業所の名称	〇〇〇〇株式会社 〇〇支店		
事業所の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町100		
被保険者氏名	健保 太郎		
高額医療	氏名	健保 一郎	
費対象者	生年月日	昭和 令和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
診療を受け	名称	〇〇〇〇病院	
た病院の	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町200	
請求額又は支払額	〇〇〇〇〇〇 円	費用の内訳のある請求書又は領収書の 写しを裏面に添付して下さい。	
保険診療対象総点数	〇〇〇〇〇 点	イ 入院 口 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 〇〇年〇〇月〇〇日

氏名 健保 太郎

記

銀行	〇〇 銀行 〇〇 支店
口座番号	普通・当座 0000000
口座名義	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎