

※貸付番号		常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当者
※申込日	年 月 日						
※決定日	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	該当者資格	取得	年 月 日		
				喪失	年 月 日		

高額医療費貸付申込書

※欄は記入しないでください

被保険者証の記号番号	記号		番号	
事業所の名称				
事業所の住所				
被保険者の氏名				
高額医療費 対象者	氏名			
	生年月日	年 月 日	続柄	
該当病院名				
病院所在地	Tel. ()			
請求額又は支払額	円	費用の内訳のある請求書又は領収書を裏面に添付して下さい。		
※保険診療対象 総点数	点	① 入院 ② 通院		

上記の高額医療費資金の貸付を申込みます。
なお、貸付金については下記口座へお振込み下さい。

年 月 日 氏名

信用金庫	信用金庫	支店
番 号	普通・当座	
口 座 名 (カカナ)		