

決	常務理事	事務長	事務次長	担当
裁				

## 高額医療費資金貸付申込書

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。  ◎「※」印欄は記入しないでください。	<b>被 保 者</b>	被保険者証の記号・番号(左詰め)	生 年 月 日	被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日	
			昭平令	年 月 日	※	※	※ 0:無 1:有	年 月 日
		被保険者の(申請者)氏名	(フリガナ) (氏)	(フリガナ) (名)	事業所の名称	所在地		
		※ この欄には押印不要です。						
		診療または手当てを受けた方の氏名・生年月日、および被保険者との続柄	扶番 氏名	扶番 氏名	扶番 氏名			
		生年月日 年 月 日	生年月日 年 月 日	生年月日 年 月 日				
		被保険者との関係	被保険者との関係	被保険者との関係				
		傷 病 名	フリガナ					
		診療または手当てを受けた医療機関の名称・所在地	名称	〒	〒	〒		
			所在地					
		TEL:		TEL:				
	入院・通院の別	1:入院 2:通院	1:入院 2:通院	1:入院 2:通院				
	診療または手当てを受けた期間	自令和 年 月 日	自令和 年 月 日	自令和 年 月 日				
		至令和 年 月 日	至令和 年 月 日	至令和 年 月 日				
	診療合計点数		点		点			
	医療機関から請求された、または支払った額		円		円			
	他の制度により自己負担額相当額、またはその一部の支給を受けられるかどうか	受けられる 制度名 ( )	費用徴収の有無 0:無 1:有	受けられる 制度名 ( )	費用徴収の有無 0:無 1:有	受けられる 制度名 ( )	費用徴収の有無 0:無 1:有	
	備 考							
	受取金融機関	支払区分	1:銀行振込 2:事業所経由 3:公金受取口座利用	預金種別	振込銀行	銀行	本店 支店 出張所	
		口座番号		普通				
		口座名義						

高額医療費資金の貸付を受けたいので上記の通り申し込みます。

令和 年 月 日

〒

住所

被保険者の

TEL

氏名

印

受付印