

決 裁	常務理事	事務長	事務次長	担当

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。

被 保 者	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		
保 険 者	被保険者の(申請者)氏名		(フリガナ)	(フリガナ)	事業所の名称												
	(氏名)		(氏名)	(名)		所在地											
除 者	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				
が 記 入 す る と こ ろ	傷病名		フリガナ		被保険者との関係		被保険者との関係		被保険者との関係								
	診療または手当てを受けた医療機関の名称・所在地		名称	〒		〒	〒										
入院・通院の別		1:入院 2:通院		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	自令和	年	月	日
診療合計点数				点		点		点									
医療機関から請求された、または支払った額				円		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	費用徴収の有無	受けられる	費用徴収の有無	受けられる	費用徴収の有無	受けられる	費用徴収の有無								
		制度名		制度名		制度名		制度名									
		()	0:無	()	0:無	()	0:無	()	0:無								
		受けられない	1:有	受けられない	1:有	受けられない	1:有	受けられない	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