

高額医療費貸付申込書（第 回目）

（様式第 1 号）

健康保険組合記入欄	*貸付番号		*支給金額		常務理事	事務長	課長	担当者	
	*申込日	令和 年 月 日	*決定日	令和 年 月 日					
	*高額療養費見込額		— (—) × 1% = 円			資格	取得	年 月 日	
	*貸付決定額		× 80/100 = 円 (千円未満切捨)			該当者資格	喪失	年 月 日	

(標準報酬 千円)

高額医療費貸付申込書

被保険者が記入する欄	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					
	被保険者氏名					
	高額医療費対象者	氏名		続柄		
		生年月日				
	該当病院名					
	病院所在地			TEL () () ()		
	診療年月					
	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込み下さい。

令和 年 月 日 氏名
住所

振込先	銀行	銀行	支店
	番号	普通・当座・総合	
	フリガナ		
	口座名		

注意事項 ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。