

貸付	年月日	年	月	日	常務理事	事務長	担当者	資格	取得	<input type="checkbox"/> 昭	年	月	日
	金額								喪失	<input type="checkbox"/> 平			
決定期	自	年	月	日	日間	支払	年	月	日	被扶養者 照合印			
	至	年	月	日		返済	年	月	日				
算出基礎						備考	報酬月額 /						

高額医療費資金貸付申込書 (XX年 2月診療分)

被 保 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号		XXX・XXXX			被保険者 氏名		健保太郎				
	診療を受けた者		氏	健保花子			生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	XX.1.1		続柄	妻
	診療を受けた 病院・診療所の 名称及び所在地		名称	〇〇病院			所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇××番地××				
	上記病院等で 診療を受けた期間		自	XX年	2月	1日	20日間	左記期間で受けた 療養についての請求額		240,000 円		
	傷病名		肺炎			他の制度により自己 負担相当額又は 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 有・無) <u>受けられない</u>				
振込先		銀行名	支店名		普通 当座	口座番号		名義		フリガナ ケンボ タロウ		
		ABC 銀行	大阪 支店			XXXXXXXX		健保太郎				
<p>上記高額医療費の支払資金として、金 120,000 円の貸付を申込致します。</p> <p>令和 XX年 3月 1日</p> <p>野村健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">住所 〒 XXX-XXXX 被保険者 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇 (申込者) 氏名 健保太郎 印 電話 (XXX) XXX-XXXX</p>												
<p>事業所所在地 〒 XXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇×丁目×番地××</p> <p>事業所名称 〇〇〇〇株式会社 所事 印業</p> <p>事業主氏名 〇〇〇〇 電話 (XXX) XXX-XXXX</p>												

- * 合算高額療養費該当の場合で、2人以上の受診者分について貸付を受けようとする場合は、本申込書を夫々作成し、一括申込をすること。
- * 医療機関等からの療養に要する費用の内訳のある請求書又は領収書の写しを添付すること。
- * 市町村民税の非課税者又は生活保護法の要保護者であるときは、その旨が明らかになる書類を添付すること。