

健康保険組合			受付年月日		事業主健保所管箇所		
長	長	担当者			長	長	担当者

令和	年度	保健事業費		高額医療費貸付金		高額医療費貸付金		備考	
貸付金額									

高 額 医 療 費 資 金 貸 付 申 込 書

令和 年 月 日

被保険者番号							被保険者氏名	※自筆の場合、押印省略可 印		
被保険者所属						被保険者住所				
受診者氏名						続柄		診療月	令和 年 月	
受診した医療機関	住 所									
	名 称									
診療に要した費用	円(別紙領収証・請求書のとおり)									
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 分									
振込を希望する金融機関	振込先銀行						口座番号	No.		
	預金種別	普通・当座		口座名義	(カナ)					

※ご記入いただいた個人情報、当該の利用目的以外には使用いたしません。

- (注) 1. 療養の費用の内訳がわかる領収証又は請求書を添付。
2. 被保険者が低所得者である場合、その旨を証明する書類を添付。