| 健康保険組合 | | |
|---|---|---|
| 長 | 長 | 担当者 |
| | | |

| 受付年月日 |
|---|
| |

| 事業主健保所管箇所 | | |
|---|---|---|
| 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 | | | 0 0 0 円 | | |

# 高 額 医 療 費 資 金 貸 付 申 込 書

令和　　年　　月　　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者証番　　号 | | 被保険者氏　　名 | | ㊞ | |
| 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は、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。

（令和元年5月）