

(様式第1号)

高額医療費貸付申込書

※貸付番号					
※申込日	令和 年 月 日				
※決定日	令和 年 月 日				
※高額療養費 見込額	— 円 =			資格	取得 年 月 日
				喪失	年 月 日
※貸付決定額	× 90/100 =			該資 当 者 格	取得 年 月 日
				喪失	年 月 日
※欄 は 記 入 し な い で 下 さ い	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			
		生年月日	年 月 日	続 柄	
	該当病院名				
	病院所在地		Tel() () ()		
	請求額又は支払額		円 費用の内訳のある請求書又は 領収書を添付して下さい。		
	保険診療対象総点数		点 イ 入院 ロ 通院		
上記の高額医療費貸付金の貸付けを申込みます。 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 住所					
氏名 印					
記					
銀 行		銀行		支店	
番 号		普通・当座			
口座名					