

| | | | | | | | | |
|--------------------------|------|-------|------|---------------------------|------|-----------|-----|-------|
| * 貸付番号 | | | | 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | |
| * 申込日 | 令和 年 | * 決定日 | 令和 年 | | | | | |
| | 月 日 | | 月 日 | | | | | |
| * 高額療養費見込額 (下記計算式による) | | | | = | 円 | 資格 | 取得 | 年 月 日 |
| * 貸付決定額 (10,000円単位) | | | | $\times \frac{80}{100} =$ | 円 | 該当者 資格 | 喪失 | 年 月 日 |
| | | | | | | | 取得 | 年 月 日 |
| | | | | | | | 喪失 | 年 月 日 |

* 欄は記入しないでください。

* 高額療養費計算式

①高額療養費支払見込額 一部負担金()円-自己負担限度額()円...@
②貸付決定額 @ ()円×0.8= _____ 円 (10,000円未満切捨)

高額医療費資金貸付申込書

| | | | | | | | |
|------------|------|---------------------------|-----|-----|---|----|--|
| 被保険者証の記号番号 | | | | | | | |
| 事業場名 | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | |
| 高額医療費 | 氏名 | | | | | | |
| 対象者 | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | 続柄 | |
| 該当病院名 | | | | | | | |
| 病院所在地 | | | | | | | |
| 請求額又は支払額 | | 円 費用の内訳(請求書等)を裏面に添付してください | | | | | |
| 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ください。

令和 年 月 日

〒 _____

住所 _____

TEL _____

氏名 _____ ㊞

| | | |
|------------|-------|---------|
| 銀行 郵便局名 | 銀行 | 支店 |
| 口座番号 | 普通・当座 | 預金口座NO. |
| ふりがな | | |
| 名義人 | | |