

* 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)				資格	取得	年 月 日	
					喪失	年 月 日	
* 貸付決定額 (10,000円単位)				該当者 資格	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		