

受付年月日	令和 年 月 日
同年月日	令和 年 月 日
決裁年月日	令和 年 月 日
貸付年月日	令和 年 月 日
貸付決定額	円
算出基礎	円 × 0.8
高額療養費見込額	円 (別紙参照)

決裁					
資格取得日	令和 年 月 日				
資格喪失日	令和 年 月 日				
備考					

*上記枠内は記入しないで下さい。

高額医療費資金貸付申込書

被保険者証の記号・番号		記号	番号
事業所の名称			
被保険者氏名			
高額医療費対象者	氏名	続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
療養を受けた医療機関の名称・所在地	名称		
	所在地		
療養を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 () 日間		
入院・通院の別	入院・通院	保険診療対象点数	点
請求を受けた額又は支払額	円	医療機関が発行する費用の内訳のある請求書又は領収書を裏面に添付してください。	

高額医療費資金の貸付を受けたいので上記のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

住所

被保険者の氏名

電話 ()

日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿