

貸付決定	年月日	令和 年 月 日	常務理事		事務局	
	金額	円				
決定期間	自 平成 年 月 日	資格	自 昭和・平成・令和 年 月 日			
	至 平成 年 月 日		至 昭和・平成・令和 年 月 日			
算出基礎			支払	令和 年 月 日		
			返済	令和 年 月 日		
			備考			

*この線より上は請求者において記入しないこと

代筆・代理申請不可

申請する診療月を記入

高額医療費資金貸付申込書 (令和 年 月診療分)

被保険者の 記号	記号 保険証上部に記載の記号・番号を記入		事業所 名称	名称 在籍事業所名称・所在地を記入 任継者は記入不要		
記号番号	番号		所在地	所在地		
療養を受けた者	氏名	対象者の氏名・続柄(長男・長女等)・生年月日 本人の場合も記入				
診療を受けた病院・診療所 の名称及び所在地	名称	貸付を受けたい月に診療を受けた医療機関の名称及び所在地				
上記病院等で診療を 受けた期間	自 令和 年 月 日		上記医療機関で診療を受けた期間(暦月)			日間
上記期間に受けた療養についての請求	上記期間に支払った金額		円	傷病名	上記期間に係る傷病名	
ほかの制度により自己負担相当額又は その一部の支給を受けられるかどうか	・受けられる ()		国が行う公費制度、及び市区町村が行う医療助成事業等、窓口負担相当額の支給を受けることができるときは、受けられる に○、制度名を記入			
振込先	金融機関	銀行	貸付金の振込み先(被保険者口座)			名義
		支店	(口座番号)			
上記高額医療費の支払資金として 金 円 貸付を申込致します。						
令和 年 月 日		窓口負担額を記入 *貸付金額は、窓口負担額全額ではありません。 窓口負担額より、健保組合で健康保険法に基づき、自己負担限度額を算出し、その算出額の80%が貸付金額となります。				
請求者の住所			〒 -			
帝人グループ健康保険組合理事長殿			被保険者の住所・氏名			
氏名			_____			
			(TEL _____)			

(注)本書には、資金を証明する次の書類を添付のこと

・医療機関から発行される療養に要する費用の内訳のある請求書又は領収書。