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　令和　　年　　月　　日 至　令和　　年　　月　　日		資格	自　平成・令和　　年　　月　　日 至　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

高額医療費資金貸付申込書　（令和　　年　　月診療分）

健康保険	記号		事業所	名称		TEL　　－　　－	
	番号			所在地	〒　　－		
療養を受けた者	氏名		（続柄）	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　　年　　月　　日		
診療を受けた病院または診療所の名称及び所在地	名称						
	所在地						
上記病院等で診療を受けた期間	自　令和　　年　　月　　日 至　令和　　年　　月　　日				日間		
上記期間に受けた療養についての請求額	円	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（制度名）						
	□　受けられない						

振込先指定口座 ※資格喪失者のみ記入	※在籍者は給与振込、任意継続加入者は、加入時に届出された口座への振込となりますので記入不要です。 ［銀行・信用金庫・農協］（コード　　）　［本店・支店・出張所］（コード　　）																
	貯金種別	□ 普通 □ 当座	口座番号								口座名義	※カタカナで記入					
			郵政記号	1				0	郵政番号								1

上記高額医療費の支払資金として　金　　円の
貸付を申込致します。

令和　　年　　月　　日

帝人グループ健康保険組合理事長殿

〒　　－

請求者の住所

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。