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	

代筆・代理申請不可

□の箇所は、該当部分に☑を付けてください

＊この線より上は請求者において記入しないこと

申請する診療月を記入

高額医療費資金貸付申込書　（令和　5　年　3　月診療分）

健康保険の記号・番号を記入

健康保険	記号　1234	事業所	名称	帝人株式会社	TEL　××　－　××　－　××
	番号　1234567		所在地	〒　791　－　愛媛	

在籍事業所名称・所在地を記入
任継者は記入不要

療養を受けた者	氏名	帝人　太郎	（続柄）本人	生年月日	☑ 昭和　□ 平成　□ 令和 48　年　6　月　1　日

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

診療を受けた病院または診療所の名称及び所在地	名称	帝人株式会社診療所
	所在	愛媛県松山市北吉田町77番地

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　5　年　4　月　1　日 至　令和　5　年　4　月　20　日	20　日間

上記医療機関で診療を受けた期間（歴月）

上記期間に受けた療養についての請求額	1,500,000　円	傷病名	悪性新生物
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）		不明
	□ 受けられない		

上記期間に支払った金額

上記期間に係る傷病名

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✓し、制度名を記入

貸付金の振込み先（被保険者口座）

振込先指定口座 ※資格喪失者のみ記入	※在籍者は給与振込																	
	愛媛　［銀行・信用金庫・農協］（コード　001　）									高岡　［本店・支店・出張所］（コード　0001　）								
	貯金種別	☑ 普通 □ 当座	口座番号	1	1	1	0	2	3	4	口座名義	※カタカナで記入 オカモト　ケンジ						
			郵政記号	1	9	8	7	0	郵政番号	1	2	3	4	5	7	6	1	

上記高額医療費の支払資金として　金　450,000　円の
貸付を申込致します。

窓口負担額を記入
＊貸付金額は、窓口負担金額全額ではありません。
窓口負担金額から、健康保険法に基づいた自己負担限度額を
算出します。その算出された額の80%が貸付金額となります。

令和　5　年　4　月　1

帝人グループ健康保険組合理事長殿

〒　791　－　8530

請求者の住所　愛媛県松山市北吉田町　〇〇番地〇〇

氏名　被保険者の住所・氏名　帝人　太郎

TEL　089　－　002　－　0689

（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。