

※健康保険組合が記入する欄											
貸付番号					常務理事	事務長	係				
申込日	平成	年	月	日	決定日	平成	年	月	日		
貸付日	平成	年	月	日	返済日	平成	年	月	日		
資格	取得	平成	年	月	日	該当者資格	取得	平成	年	月	日
	喪失	平成	年	月	日		喪失	平成	年	月	日
貸付決定額	¥				備考						
算出方法											

1,000円未満は切捨て

### 高額医療費貸付申込書(平成 年 月診療分)

被保険者証 記号・番号	記号	番号				
事業所名	株式会社					
被保険者の	氏名			所属 部署名		
療養を受けた者	氏名	生年 月日	T・S・H 年 月 日	続柄		
療養を受けた 医療機関等の	名称					
	所在地	TEL				
療養を受けた 期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日( 日間)			区分	1.入院 2.外来	
請求 又は 支払 額	円		食事負担額	円		
保険診療総点数	点		食事療養費	円		

※医療機関から交付された費用内訳のある請求書又は領収書を添付してください。

上記の高額医療費資金の貸付けを申込みます。  
なお、貸付金が支給される際は下記へお振込みください。

平成 年 月 日

公文健康保険組合 理事長 様

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_  
被保険者の  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

記

振込希望金融機関	銀行	支店	口座	フリガナ
	(普・当) 口座番号		名義	