

※この欄は記入しないでください

		理事長	常務理事	事務長	担当者
貸付番号					
申込日	年	月	日	決定日	年 月 日
① 高額療養費見込額	円	資格	取得	年 月 日	
			喪失	年 月 日	
		被扶養者認定日		年 月 日	
貸付決定額	①×80%－1,000円未満＝ 円				

## 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	名称			所在地			
対象者	氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日	続柄
病院	名称						
	住所	TEL ( )					
請求額又は 支払額	円			(注) 費用の内訳のある請求書又は 領収書を裏面に添付して下さい			
保険診療対象総点数		点		入院・通院の別	入院 ・ 通院		
貸付金振込先	銀行	支店	普通 No.				
			口座名 (カタカナ)				

上記の高額医療費資金の貸付を申込みます。

年 月 日

HOYA健康保険組合理事長 殿

住所 \_\_\_\_\_

被保険者

氏名 \_\_\_\_\_ 印

※本届出に記入された個人情報は、当健康保険組合個人情報保護方針に定める事業にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。