

※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	000	番号	0000		
事業所	名称	〇〇〇〇株式会社		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1-1		
対象者	氏名	健保 一郎		生年月日	昭和〇〇年 6月 1日	続柄	長男
病院	名称	〇〇〇〇病院					
	住所	〇〇県〇〇市〇〇町2		TEL	222 (222) 2222		
請求額又は 支払額	〇〇〇〇〇〇 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	〇〇〇 点		入院・通院の別	入院 ・ 通院			
貸付金振込先	〇〇〇〇銀行〇〇〇〇支店		普通 No.	0	0	0	0
			口座名 (カタカナ)	ケンポ タロウ			

上記の高額医療費資金の貸付を申込みます。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

HOYA健康保険組合理事長 殿

住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1

被保険者

氏名 健保 太郎



※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。