

常務理事	事務長	係	

健康 保 険 組 合 記 入 欄	申込日	年 月 日					
	決定日	年 月 日					
	支給日	年 月 日					
	貸付決定額	円	算出の 基 礎	保 険 診 療 対 象 総 点 数	入 院 通 院	点	
				高 額 療 養 費 支 給 見 込 額		円	
被 保 険 者 資 格	取得	年 月 日		対 象 者 資 格	取得	年 月 日	
	喪失	年 月 日			喪失	年 月 日	

健康保険高額医療費資金貸付申込書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険の	記号	番号	事業所の名称			
	高 額 医 療 費 対 象 者	氏名	生年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄	
	療 養 を 受 け た 病 院 の	名称					
		所在地	電話番号 ()				
	療養を受けた 期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)					
	請 求 額 又 は 支 払 額	円 ※費用の内訳のある請求書又は領収書の写を添付してください。					
	振 込 希 望 金 融 機 関	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義 (カタカナ)	
				普通 当座			
	上記のとおり健康保険高額医療費資金の貸付を申し込みます。						
	令和 年 月 日						
カネカ健康保険組合理事長 殿							
被 保 険 者 の 郵便番号 住 所 氏 名 電 話 番 号 ()							