

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	健康保険証の記号・番号	記号	番号	事業所の名称			
	高額医療費対象者	氏名	生年日	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		(カタカナ)	
	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 ()						