

受付年月日	年	月	日		
伺 年 月 日	年	月	日		
決裁年月日	年	月	日		
支 給 額	円				
決 定 期 間	平・令	年	月	日	日間
	平・令	年	月	日	
算 出 基 礎					

理事長	常務理事	事務長	担当者		
資 格 取 得	年			月	日
資 格 喪 失	年			月	日
支払年月日	年			月	日

被保険者
被扶養者

高額医療費資金貸付申込書

(令 年 月診療分)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号・番号	・		診療を受けた者の氏名 ・生年月日	フリガナ		続柄
	事業所名				昭・平・令 年 月 日生		
	傷病名				請求された額	円	
	診療を受けた期間	平・令	年	月	日から	医療機関の名称 所在地・電話番号	()
		平・令	年	月	日まで		
					日間		
	他の制度により支給を受けられるかどうか	・受けられない ・受けられる (制度名) (費用徴収 有 ・ 無)					
	被保険者に対する支払金融機関						
	銀行		支店		1.普通 2.当座	口座 名義	フリガナ
	高額医療費資金の貸付を受けたいので上記のとおり申込みます。 令和 年 月 日 西日本新聞社健康保険組合理事長 殿 被保険者の住所 氏名 電話 ()						

【添付書類】

◎医療機関等が発行する、費用の内訳のある請求書または領収書。

受付年月日