

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 平・令	年 年	月 月	日 日	日間
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 2 年 4 月診療分)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号・番号	12・3456	診療を受けた者の氏名 ・生年月日	フリガナ ケンポ ハナコ	続柄
	事業所名	(株)西日本新聞●●		健保 花子	妻
	傷病名	〇〇病	昭・平・令 45 年 4 月 5 日生	請求された額	〇〇〇, 〇〇〇 円
	診療を受けた期間	平 〇 2 年 4 月 1 日から 平 〇 2 年 4 月 20 日まで 20 日間	医療機関の名称 所在地・電話番号	西日本〇〇病院 福岡市〇〇区〇丁目〇ー〇 092 (***) ****	
	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				
	〇〇 銀行	△△ 支店	1.普通 2.当座 1234***	口座 名義	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎
	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 2 年 4 月 25 日				
	西日本新聞社健康保険組合理事長 殿				
被保険者の住所 福岡市中央区天神〇丁目△△ー□□					
氏名 健保 太郎					
電話 092 (000) 0000					

【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