

記入例

決	常務理事	事務長	担当
裁			

高額医療費資金貸付申込書

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。

◎「※」印欄は記入しないでください。

被 保 者	被保険者証の記号・番号(左詰め)				生年月日				被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日												
	4	3	2	1	5	9	7	8	9	0	0	昭 平 令	4	7	0	9	0	8			0:無 1:有			
保 険 者	被保険者の(申請者)氏名		(フリガナ) ケンポ		(フリガナ) タロウ		事業所の名称 (会社名)		所在地 (会社の住所)															
	(氏) 健保		(名) 太郎																					
者 が 記 入 す る と こ ろ	診療または手当てを受けた方の氏名・生年月日、および被保険者との続柄		扶番	氏名	扶番	氏名	扶番	氏名																
	健保 太郎		健保 太郎	健保 太郎																				
	生年月日 99年99月99日		生年月日 99年99月99日		生年月日 99年99月99日																			
被保険者との関係		本人		被保険者との関係		本人		被保険者との関係 本人																
傷病名		病名等		病名等																				
診療または手当てを受けた医療機関の名称・所在地		名称 (病院名)	〒		〒																			
		(病院の住所)		(病院の住所)																				
		TEL: (病院のTEL)		TEL: (病院のTEL)																				
入院・通院の別		1:入院 2:通院		1:入院 2:通院		1:入院 2:通院																		
診療または手当てを受けた期間		自令和99年99月99日 至令和99年99月99日		自令和99年99月99日 至令和99年99月99日																				
診療合計点数		50,000 点		50,000 点																				
医療機関から請求された、または支払った額		150,000 円		150,000 円																				
他の制度により自己負担額相当額、またはその一部の支給を受けられるかどうか		受けられる	費用徴収の有無	受けられる	費用徴収の有無																			
		()	0:無	()	0:無																			
		受けられない	1:有	受けられない	1:有																			
備考																								
受取金融機関		口座名義		被保険者名義の銀行口座を記入して下さい。						支店														
		口座番号																						

医療機関別に記入。
期間は、まとめて記入。
例:通院で、
8月1日・3日・5日受診の場合、

医療機関や調剤薬局等で、複数ある場合は、それぞれご記入ください。
記入欄が不足した場合は、この用紙をコピーして使用してください。

高額医療費資金の貸付を受けたいので上記の通り申込します。

令和 4年 10月 1日

〒 100-0000

住所 東京都中央区〇〇1-1 ΔΔマンション101

被保険者の TEL 03-xxxx-xxxx

氏名 健保 太郎



本紙は㊟の省略はできません。
必ず押印をお願いいたします。

受付印