

高額療養費資金貸付申込書

記号・番号 (保険証左上に記載)	—	被保険者氏名	
事業所名	<input type="checkbox"/> 在職 () <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者		

療養の給付を受けた者の氏名			
続柄			
療養を受けた期間 ※月別に記載のこと	令和 年 月 日から	令和 年 月 日から	
	令和 年 月 日まで	令和 年 月 日まで	
	()日間	()日間	
医科歯科の別	医科 ・ 歯科	医科 ・ 歯科	
入院の別	入院 ・ 通院	入院 ・ 通院	
医療機関の	名称		
	所在地		
	TEL	TEL	
領収証 または 請求金額	円		円

振込希望口座	銀行 ・ 信用金庫 その他 ()	支店 ・ 本店
※原則被保険者の口座	普通預金 口座番号	口座名義 (カタカナで記載)

上記のとおり高額医療費資金貸付規程による貸し付けを受けたいので事業主を経由して申し込みます。

令和 年 月 日

〒

住所
被保険者の 氏名
TEL

トッパングループ健康保険組合理事長殿

添付書類 チェック	必要となる書類	<input type="checkbox"/> 医療機関からの請求書または領収書の「原本」 ※療養に関する費用内訳の記載のあるもの。写し不可
	市町村民税非課税者 または 生活保護者の場合	<input type="checkbox"/> 非課税証明もしくは生活保護受給証明等の「写し」

※訂正する場合は、訂正印をご捺印ください。

健保記入欄
標準報酬月額
千円

健 保 組 合	
決 裁	処 理

健保受付

事業所	
責任者	担当