

# 高額療養費資金貸付申込書

記号・番号 (保険証左上に記載)	999 - 999	被保険者氏名	健保 弘志
事業所名	<input checked="" type="checkbox"/> 在職 ( ○○○○(株) )		<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者

療養の給付を受けた者の氏名	健保 弘志	
続柄	本人	
療養を受けた期間	令和 3 年 3 月 5 日から 令和 3 年 3 月 31 日まで	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
※月別に記載のこと	( 26 ) 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	○○○○病院
	所在地	〒999-9999 埼玉県○○市○○4-4-44
		TEL 022-333-3333
領収証 または 請求金額	1,110,000 円	円

振込希望口座	○○ (銀行・信用金庫) ○○ (支店) 本店
※原則被保険者の口座	普通預金 口座番号 0 1 2 3 4 5 6 口座名義 ケンポ ヒロシ (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 3 年 4 月 5 日

〒 222-2222

住所 埼玉県○○市○○2-2-202

被保険者の 氏名 健保 弘志

TEL 222-222-2222

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 checked="" 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
	市町村住民税非課税者 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	健保組合		健保受付	事業所	
標準報酬月額	決 裁	処 理		責任者	担当
千円					