

PD

融資番号				理事長	常務理事	事務長	担当者
申込日	平成 年 月 日	決定日	平成 年 月 日				
高額療養費 見込額	医療費自己負担額	限度額	- ( ) =	資格	取得	年 月 日	
					喪失	年 月 日	
貸付決定額 (1,000円未満切捨)			x 8/10 =	該当者 資格	取得	年 月 日	
					喪失	年 月 日	

## 高額医療費資金貸付申込書

欄は記入しないでください。

所属事業所名	Y K K株式会社						
所属部課名	ファスナー事業部 樹脂ファスナー製造部						
被保険者証記号番号	記号	160	番号	1234567			
被保険者氏名	健保 太郎						
高額医療費 対象者	氏名	健保 花子			続柄	妻	
	生年月日	昭和 38年 5月 2日					
該当病院名	黒部 病院						
病院所在地	富山県黒部市 1234			TEL.( )	-		
請求額又は支払額	301,500		円	費用の内訳のある請求書又は領収書を添付してください。			
保険診療対象総点数			点	入院 通院			

上記の高額医療費資金の貸付けを申込みます。

平成 18年 2月 1日

氏名 健保 太郎



貸付金を支給する場合は、キャッシュレス口座(A口座)に振込みします。

ただし、資格喪失により口座を変更するときは、口座情報登録申請書を提出してください。

また、ご記入いただいた個人情報は貸付金の振込みと高額療養費の支給にのみ利用させていただきます。