N.L.	決定日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	会計	担当者		
決	区分	-	一般	多数							
裁	四方		上位	多数							
欄	貸付	寸決定額		高額医療費見込額 × 80% = 貸付決定額							
	(1,000円未満切捨)			円 × 0.8 =							

## 高額医療費資金貸付申込書

	被保険者証の		記号				事業所							
	記号・番号		番号											
	高額医療費		氏名					-				続柄		
被	対象者		生年月日		S.	Н	I • R		年		月	日		
保	傷病名			•										
険	医療機関名													
者	上記医療機関		自 令和	年	月	日		左記期間の療養についての請求額				<b>事求額</b>		
記	での療養期間		至 令和	年	月	日		日間						円
入	他の制度により自己 負担相当額又はその 一部の支給を受け られるかどうか		受けられる	5 (#	制度名						) •	受けら	れない	
欄			費用徴収		有(				円)	• 4	<b>#</b>			
					銀行		フリカ	<u>'</u> ナ						
	振込先				支店	口戶	座名(本)	人名郭	嵳)					
		口座番号	普通	•	当座	1	Vo.							

※ 医療機関等からの領収書を添付してください。

椿本チエイン健康保険組合理事長 殿

高額医療費資金貸付規程により、上記の通り資金貸付の申込をします。

令和 年 月 日

住所

被保険者 TEL

氏名

## 高額医療費

## 借 用 証 書

金	円也							
高額医療費資金として	、上記金額を確かに借用いたしました							
ついては、下記条件により返済することを確約いたします。								
	記							
月診療分に係る高額医療費が支給される日に、その支給をもって								
返済します。								
万一、高額医療費が借用金に満たないときはその差額を、不支給に								
なったときは全額を直ちに返済します。								
椿本チエイン健康保険組合理事長 殿								
令和 年 月	日							
	住所							
被保険者	氏名	(FI)						