

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

## 高額医療費資金貸付申込書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号 番号	事業所 名称		
	高額医療費 対象者	氏名 生年月日	続柄	S . H ・ R 年 月 日	
	傷病名				
	医療機関名				
	上記医療機関 での療養期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間	左記期間の療養についての請求額 円		
	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 (制度名 ) ・ 受けられない 費用徴収 有 ( 円 ) ・ 無			
	振込先	銀行 支店	フリガナ 口座名(本人名義)		
		口座番号	普通 ・ 当座	No.	

※ 医療機関等からの領収書を添付してください。

椿本チェー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

印

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。  
については、下記条件により返済することを確認いたします。

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、高額医療費が借入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。

椿本チェーン健康保険組合理事長 殿

令和      年      月      日

住所 \_\_\_\_\_  
被保険者  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)