

同年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日

常務理事	担当部長	次長	課長	担当者

高額医療費資金貸付申込書

(年 月診療分)

被保険者証の記号・番号	(記号)	(番号)	事業所の名称
診療を受けた者の氏名	1.		2.
療養を受けた者の生年月日	昭和 平成 令和		昭和 平成 令和
傷病名	年 月 日 (続柄)		年 月 日 (続柄)
療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称	電話 ()	電話 ()
	所在地		
療養を受けた期間	年 月 日から	日間	年 月 日から
請求を受けた額又は支払った額	年 月 日まで	円	年 月 日まで
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) (費用徴収の有・無) 受けられない		受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない
診療合計点数		点	
薬剤一部負担額		円	
入院・通院の別	1:入院 2:その他		1:入院 2:その他
振込希望の銀行	銀行	支店 (普通当座 第 号)	(フリガナ) 口座名義

高額医療費資金の貸付けを受けたいので上記のとおり申込みます。

年 月 日

日本通運健康保険組合 理事長 殿

住所

被保険者の

氏名

電話 ()

健 保 記 入 欄	決定期間	自	至	年	月	日	日間	支 払	年	月	日
	貸付決定金額				千		円	返 済			
	算出基礎	自己負担額		負担限度額		(世・多)		受付日付印			
			円 -				円 × 0.8				

※この申込書には、病院等からの療養に要する費用の内訳のある請求書、又は領収書を添付して下さい。