

様式第1号

同 年 月 日	平 成 年 月 日	常務理事	事務局長	総務課長	業務課長	医療係長
支 給 決 定 額						
備 考						

健康保険高額医療費資金貸付申込書

記 号		事業所	名 称			
番 号			所 在 地			
受 診 者 氏 名					続 柄	
受 診 年 月	平成 年 月 診療分					
医療機関の	名 称					
	所 在 地					
医療に要した費用 (あなたが支払った金額)		円	備 考			
貸 付 希 望 金 額		※記入しないで下さい。 円				
振込先の金融機関名		銀 行 支 店				
預金種類、口座番号		信用金庫				
名義		普通・当座	口座番号			
			フリガナ			
			名 義 人			

高額医療費資金貸付指定承諾のうえ資金の貸付を申請します。

平成 年 月 日

川口工業健康保険組合 理事長 殿

〒 -

住 所

被保険者

氏 名

㊟

T E L

()

(注) 療養に要した費用欄には病院等から請求のあった額又は支払った額のうち、いわゆる保険診療分について記入し、特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いてください。

ただし、その額が明確でないときは、医療機関から請求のあった金額又は支払った金額を記入し、備考欄にその旨を記入してください。