

					常務理事	事務長	担 当
健 保 組 合 記 入 欄	貸付決定 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	貸 付 決 定 金 額		千円		
	算 出 基 礎	(高額療養費支給見込み額の 8 割、1,000 円未満切捨て)					

高額医療費資金貸付申込書

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	被 保 険 者	記号		氏名				事業所 名称				
		番号										
	診療を受けた者の氏名					被保険者との 続柄		診療を受けた者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日			
	傷病名											
	療養を受けた医療機関		名称				所在地					
	療養を受けた期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				左記の期間に受けた療養に対し医療機関から 請求を受けた額または 支払った額		円			
他の制度から自己負担相当額又は一部の支給を受けられますか		受けられない ・ 受けられる（制度名 ）										
振込希望金融機関名 （被保険者名義）	銀行		支店		普通 当座	口座番号						
事業主の証明する欄	上記の申込について、相違ない事を証明します。											
	令和 年 月 日											
	古河健康保険組合理事長 殿											
	事業主 名称 氏名											

(注意事項) 医療機関等からの療養に要する費用の内訳のある請求書または領収書の写しを添付して下さい。