貸　付　伺

令和　　年　　月　　日

常務理事			担当者

貸付決定金額							円	貸付年月日	年　月　日
備考									

高額医療費資金貸付申込書

（　年　月診療分）

①	被保険者等記号・番号	－		
②	事業所の名称			
③	療養を受けた者の氏名		④ 被保険者との続柄	
⑤	傷病名			
⑥	貸付希望額	円		
⑦	療養を受けた病院等の名称及び所在地	名称		
		所在地		
⑧	⑦の病院等で療養を受けた期間	年　月　日～　年　月　日 （　日間）		
⑨	⑧の期間に受けた療養に対し病院等から請求を受けた金額又は支払った金額	円		
⑩	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		
⑪	振込希望の銀行口座	銀行　　支店（普当　　）		
⑫	貸付希望日	年　月　日		

高額医療費資金の貸付を受けたいので上記のとおり申込みます。

令和　　年　　月　　日

住所

被保険者の

氏名

東亜合成健康保険組合御中

受付印