

貸 付 決 議 書							
同 年 月 日	令和 年 月 日	常務理事	事務局長	役 席		担 当	
貸 付 決 定 額	円						

高額医療費資金貸付申込書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 (資格確認書 等又は保険証 を参照)	記号			事業所	名 称				
		番号				所 在 地				
	受診者氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄		
	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 (日間)								
	療養に要した費用	円		傷病名						
	借 入 希 望 額 (高額療養費の8割が上限)					0	0	0	円	
	払 込 希 望 金 融 機 関 (被保険者の名義)	銀行		支店		(普通) (当座)	口座番号 NO.			
							口座名義			
	高額医療費資金貸付規程により貸付を受けたいので、上記のとおり申込みます。 安田日本興亜健康保険組合 御中 被保険者の住 所 氏 名 印									
事 業 主 証 明 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 名 称 所 在 地 代 表 者 令和 年 月 日 印									

(注) ①本申込書に医療機関からの保険点数が明示された請求明細書または領収明細書の
原本を添付してください。原本は後ほどお返しします。

②療養に要した費用欄には、医療機関から請求のあった額または支払った額から、
入院時(食事)標準負担額及び特別室料等の保険適用外の額を除いた金額を記入
してください。

③貸付限度額は当該療養に係る高額療養費支給見込み額の8割相当になり、貸付
額は1,000円単位となります。

受 付 日 付 印