

様式1号

伺年月日	年 月 日	常務理事	事務長	係
支給決定額	円			
支払(貸付) 年月日	年 月 日			

高額医療費資金貸付申込書

被保険者証 記号・番号	—		被保険者名	
事業所名				
貸付希望金額	円			
受診者氏名	①	②	③	
受診年月	年 月 診療分	年 月 診療分	年 月 診療分	
医療 機関	名称			
	所在地			
請求された額 (支払った額)	円	円	円	
<p>高額医療費資金貸付規程を承諾のうえ資金の貸付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>日本信号健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p style="text-align: center;">被保険者 { 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ 印</p>				
払込希望 金融機関	フリガナ	銀行	支店	普通 当座 No.

注) 請求された額(支払った額)欄には、医療機関から請求のあった額、または支払った額のうち保険診療について記入し、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全額または支払った金額を記入し、その旨を記入して下さい。

.....
受付年月日