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

被保険者の 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			
医療機関　所在地			
請求された額 (支払った額)	円	円	円

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。

年　　月　　日

日本信号健康保険組合理事長　殿

〒　　－

被保険者 { 住所

氏名　　㊞

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