


貸付決定伺	平成 年 月 日		常務理事	事務長	係
	貸付決定額				
	融資番号		この欄は記入不要です		
	支払予定年月日	平成 年 月 日			
	診療年月	平成 年 月分			

高額医療費資金貸付申込書

被保険者証の記号番号 記号 82 番号 100000		事業所の名称 三協立山株式会社	
所属	〇〇 部 支店 工場	△△ 課	被保険者氏名 三立 太郎
高額医療費 対象者	氏名	三立 はなこ	
	生年月日	昭和 ・平成 〇 年 〇 月 〇 日	続柄 妻
病院名	〇 〇総合病院		
病院所在地	〇〇県△△市◇◇町1-2		
疾病名	〇 〇 病 (分かり範囲でご記入ください)		
請求額 又は支払額	600,000 円 費用の内訳のある請求書又は領収書を添付して下さい。		
保険診療対象 総点数	200,000 点 イ… 入院 ロ…通院		
<p>三協・立山健康保険組合理事長殿</p> <p>上記のとおり健康保険高額医療資金の貸付を受けたいので申し込みします。</p> <p>平成 〇年 〇月 〇日 (被保険者) 住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇</p> <p style="text-align: right;">氏名 三立 太郎 </p>			
振込金融機関 (郵便局を除く)		銀行・農協 労働 信用 金庫	口座番号 (普通) <input type="text"/>
※ <input type="text"/>		口座名義人 (請求者本人に限る) カタカナ で記入	
		被保険者の口座をご記入ください	

※欄は記入しないで下さい