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				
	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　　番号		事業所の名称		
所属	部 支店　　課 工場		被保険者氏名	
高額医療費対象者	氏名			
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	続柄	
病院名				
病院所在地				
疾病名				
請求額又は支払額	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	点　　イ…入院　　ロ…通院			

三協・立山健康保険組合理事長殿

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。

平成　　年　　月　　日　　（被保険者）住所　〒　　-

氏名　　印

振込金融機関 （郵便局は除く）	銀行・農協 労働　金庫 信用	口座番号（普通）							
※	店	口座名義人（請求者本人に限る）カタカナで記入							

※欄は記入しないで下さい