

別表.1

貸付番号				理事長	常務理事	事務長	担当者
申込日	平成 年 月 日	決定日	平成 年 月 日				
高額療養費 見込額				資格	取得	年 月 日	
					喪失	年 月 日	
貸付決定額				該当者 資格	取得	年 月 日	
					喪失	年 月 日	

## 高額医療費貸付申込書

被保険者証の記号番号	記号		番号	
事業所の名称				
事業所の住所				
被保険者氏名				
高額医療費 対象者	氏名			
	生年月日		続柄	
該当病院名				
病院所在地	TEL			
請求額 又は支払額		円	費用の内訳のある請求書又は領収証を裏面に添付して下さい。	
保険診療対象 総点数				入院 通院 点

上記の高額医療費資金の貸付を申込みます。

平成 年 月 日

住所.....

氏名.....