

受付年月日	令和	年	月	日	理事長	常務理事	事務長	担当者
伺作成年月日	令和	年	月	日				
決裁年月日	令和	年	月	日				
支払(貸付)年月日	令和	年	月	日				
貸付金決定額	円							
対象期間	令和	年	月	日	備考			
	令和	年	月	日				
算出基礎	記入例							

様式第1号(高額医療費資金貸付申込書)

高額医療費資金貸付申込書(令××年××月診療分)

太線の枠内記入

①被保険者証の記号・番号	記号	×	番号	第	×	×	×	×	×	号	②事業所の名称	住友ベークライト(株)等、所属する会社名												
③診療を受けた者の氏名	住 べ 花 子																							
④診療を受けた者の生年月日	■	昭	□	平	□	令	×	年	×	月	×	日	□	昭	□	平	□	令		年		月		日
⑤被保険者との続柄	□ 本人 ■ 家族(妻)											□ 本人 □ 家族()												
⑥傷 病 名	右大腿骨骨折																							
⑦診療を受けた病院・診療所等の	名 称	〇〇大学病院																						
	所在地	東京都千代田区神田駿河台 ×-×-×																						
	電 話	×× - ×××× - ××××																						
⑧⑦の病院等で療養を受けた期間	令和	×	年	×	月	×	日から	×× 日間				令和		年		月		日から					日間	
	令和	×	年	×	月	×	日まで					令和		年		月		日まで						
⑨⑧の期間に受けた療養に対し病院等から請求を受けた額又は支払った額	×,×××,×××											円					円							
⑩他の制度により自己負担相当額又はその一部の支給を受けられるかどうか	□ 受けられる											□ 受けられる												
	(制度名)											(制度名)												
	(費用徴収の □ 有 □ 無)											(費用徴収の □ 有 □ 無)												
■ 受けられない											□ 受けられない													
⑪前12か月中に高額療養費の支給を3回以上受けた場合、その直近の診療月・被保険者証の記号・番号及び支給を受けた事業所名	診 療 月	令和		年		月					令和		年		月									
	被保険者証の記号・番号	記号		番号					記号		番号													
	事業所名																							
⑫振込希望の銀行口座	〇〇	銀行	〇〇〇	支店	普通預金				口座番号	××××××××														

高額医療費資金の貸付を受けたいので上記の通り申し込みます。

令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日

住所

神奈川県横浜市中区〇〇×-×-×

被保険者の

Tel

××× - ××× - ××××

氏名

住 べ 太 郎



住友ベークライト健康保険組合 理事長殿

[添付書類]この申込書には病院等からの療養に関する費用の内訳のある請求書または領収書を添付して下さい。

申告頂いた個人情報は、個人情報の保護に努め、安全に管理し、組合が定める「情報の利用目的」以外には使用しません。