

貸付決定	年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	主任	担当者	資格確認			
	金額										取得	・ ・	
決定期間	自	令和	年	月	日	日間	支払	令和	年	月	日	被扶養者照合印	
	至	令和	年	月	日		返済	令和	年	月	日		
算出基礎							備考						

### 高額医療費資金貸付申込書（令和 年 月診療分）

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号番号		事業所	名称	TEL( ) -								
				所在地	(〒 - )								
	療養を受けた者	氏名				生年月日	年	月	日	続柄			
	療養を受けた病院診療所の名称及び所在地	名称											
		所在地	TEL( ) -										
	請求額又は支払額						円	上記病院等で療養を受けた期間	自	令和	年	月	日
									至	令和	年	月	日
	傷病名							他の制度により自己負担相当額又はその一部の支給の支給を受けられるかどうか	受けられる (制度名 ) (費用徴収 有・無) 受けられない				
	振込希望する場合	金融機関	銀行	口座番号	普通 NO.				名				
			支店		当座 NO.				義				
<p>上記高額医療費の支払資金として、金 _____ 円の貸付を申込みいたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">ダイハツ健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">TEL( ) -</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p>													

(合算高額療養費の場合)

2人以上の受領者分について貸付を受けようとする場合は、本申込書を夫々作成し一括申込みをすること。