

貸付決定	年月日		支払日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者
	金額		返済日	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 者 記 入 欄	被保険者証記号番号	記号		番号		(番号は左づめで記入)
	療養を受けた者	フリガナ氏名	(続柄)		昭平令	年 月 日生
	療養を受けた病院の名称及び所在地	名称	所在地			
	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 (日間)				
	上記期間に受けた療養についての請求額			円	(必ず領収書、または請求書を添付のこと)	
	傷病名				他の制度により自己負担相当額またはその一部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
	貸付金振込先 〔被保険者の口座に限る〕	フリガナ	銀行	支店	名義	
		普通・当座	口座番号			
<p>上記高額医療費の支払資金として、金_____円の貸付けを申込みいたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">ダイキン工業健康保険組合 理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: right;">TEL () -</p> <p style="text-align: center;">被保険者</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>						

(合算高額療養費該当者の場合)

2人以上の受領者分について貸付け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。