

貸付決定	年月日	年 月 日	常務理事	理事長	担当者	資 格	
	金額	円				取得	・ ・
決定期間	自	年 月 日	支払	年 月 日	返済	喪失	・ ・
	至	年 月 日 日間				年 月 日	被扶養者 照 合 印
算出基礎			備考				

高額医療費資金貸付申込書 (年 月診療分)

※和暦でご記入下さい。

被 保 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	・ ・	続柄	
	療養を受けた病院・診療所の 名 称 及 び 所 在 地		名 称	TEL - -			
			所在地				
	上記病院等で療 養を受けた期間	自	年 月 日	至	年 月 日 日間	左記期間に受けた療 養についての請求額	円
	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	
	振込希 望する 場合	金融 機関	銀行 支店	普通預金 No.		名義	
	<p>上記高額医療費の支払い資金として金 円の貸付けを申込み致します。</p> <p>年 月 日</p> <p>クラレ健康保険組合理事長 殿</p> <p>住 所</p> <p>TEL - -</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>						

(合算高額療養費該当者の場合)

2人以上の受療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。