

支給決定伺	本人・家族	一般・就学前・高齢	ア・イ・ウ・エ・非課税・多数			
常務理事 事務長	貸付の可・否( )		貸付年月日	年 月 日	取得日	年 月 日
	貸付決定額	¥	貸付期間	年 月 日 ~ 年 月 日	喪失日	年 月 日
課長 担当者	保険対象自己負担額①		標準報酬月額		認定日	年 月 日
	高額算定自己負担限度額②		①-②×80%=		抹消日	年 月 日

年号は和暦でも西暦でも可 **療費資金貸付申込書 兼 借用書** ( ○○年 ○月診療分)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者の記号・番号	○○○○-○○○○	事業所の名称	佐川急便株式会社		
	被保険者の氏名	佐川 一郎	被保険者の生年月日	S○○年 ○月 ○日		
	療養を受けた者の氏名	佐川 花子	続柄	妻	生年月日	H○年 ○月 ○日
	傷病名	○○○○○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・傷病が、けが 又は 腰痛等（腰痛は被保険者のみ）の場合、別に「負傷原因報告書」の提出が必要です。</li> <li>・原因が第三者の行為による場合は、申込前に当組合へご連絡ください。</li> </ul>			
	療養を受けた期間	H○○年 ○月 ○日 ~ 同月○○日 (○○日間)		診療区分	入院・外来	
	療養を受けた医療機関（保険薬局）の名称	○○○病院				
	上記医療機関（保険薬局）の所在地・連絡先	○○市 ○○2丁目 2番地 Tel ○○○-○○○-○○○○				
	払渡希望金融機関の名称 (預金の種類・番号・名義)	○○銀行 信用金庫 ○○○支店 信用組合	(普通・当座第 ○○○○○○号)		名義人 氏名	サガワ イチロウ 佐川 一郎
	上記高額医療費資金貸付を受けたいので申し込みます。また、貸付金額は高額療養費の支給をもって返済します。					
	H○○年 ○月 ○日 住所 〒○○○-○○○○ ○○市 ○○1丁目 1-10 SGホールディングスグループ 健康保険組合 理事長 様 保険者（申込者）氏名 佐川 一郎 (印)					
事業主証明欄	高額医療費貸付の申し込みをした上記被保険者は、上記療養を受けた期間中、当事業所で在籍している者であることを証明します。				受 付 印	
	年 月 日	名 称	所在地	代表者名	(印)	

\*申込書に、必ず内訳の分かる領収書コピー又は請求書コピーを添付し、事業主へ提出してください。

任意継続被保険者は事業主の証明は必要ありません。

\*ボールペン等消えない筆記用具でご記入ください。鉛筆、消せるボールペン（フリクション等）は不可です。ご不明な点がございましたら SGホールディングスグループ 健康保険組合 Tel (075) 343-6570 までお問い合わせください。

別紙の注意事項を必ずお読みください。