

貸付決定	年月日	年 月 日	常務理事	事務長	係	資 格	
	金 額	円				取得	・ ・
決定期間	自	年 月 日	日間	支払	年 月 日	喪失	・ ・
	至	年 月 日				被扶養者 照 合 印	
算出基礎			返済	年 月 日			
			備考				

高額医療費資金貸付申込書 (年 月診療分)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号		事業所		名 称				
					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 の名称および所在地			名 称					
				所在地	Tel.				
	上記病院診療所で 療養を受けた期間		自	年 月 日	日間	左記の期間に受けた 療養についての請求額			
			至	年 月 日	円				
	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		
	振込先	金融 機関	銀行 支店	No.	普通・当座	口座 名	フリガナ		
	<p>上記高額療養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>年 月 日</p> <p>ユニチカ健康保険組合 理事長 殿</p> <p>住 所 氏 名</p> <p>Tel.</p>								

(合算高額療養費該当者の場合)

2人以上の受領分について貸付けを受けようとする場合は、本申込書を各々作成し一括申込みすること。