

※融資番号				理事長	常務理事	事務長	担当者
※ 申込日	令和 年 月 日	※ 決定日	令和 年 月 日				
※高額療養費 見込額	医療費自己負担額 限度額 - [] -			資格	取得 喪失	年 月 日 年 月 日	
※貸付決定額 (1,000円未満切捨)	× 8/10 =			該当者 資格	取得 喪失	年 月 日 年 月 日	

高額医療費資金貸付申込書

※欄は記入しないでください

所属事業所名							
所属部課名							
被保険者証記号番号		記号		番号			
被保険者氏名							
高額医療費	氏名						
対象者	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄	
該当病院名							
病院所在地		TEL.() -					
請求額又は支払額		円		費用の内訳のある請求書又は領収書を添付してください。			
※ 保険診療対象総点数		点		① 入院 ② 通院			

上記の高額医療費資金の貸付けを申込みます。

令和 年 月 日 氏名

印

貸付金を支給する場合は、経費口座に振込みます。

ただし、資格喪失により口座を変更するときは、口座情報登録申請書を提出してください。

ご記入いただいた個人情報は貸付金の振込みと高額療養費の支給にのみ利用させていただきます。

高 額 医 療 費 資 金

借 用 証 書

YKK健康保険組合 理事長殿

金	額					円
---	---	--	--	--	--	---

私は、YKK健康保険組合「高額医療費資金貸付規程」に基づく資金を上記のとおり借用しました。

借用のうえは、同資金貸付規程を守り返済いたします。

なお、当該高額療養費をもって自動的に返済充当することに同意いたします。

令和 年 月 日

住所

借受人

氏名

(印)

ご記入いただいた個人情報は貸付金の振込みと高額療養費の支給にのみ利用させていただきます。