太線枠内ご記入ください

常務理事	事務長	担当者

貸付申込金額	円
算　定　式	高額療養費支給見込額Ｘ0.8＝貸付申込額 注：100円未満端数切捨て

高額医療費貸付申込書

(平成　　年　　月診療分)

記号・番号及び生年月日	４６－	S H　年　月　日生	所属事業所名
被保険者の氏名			

療養を受けた者の氏名		1.	2.	3.
療養を受けた者の生年月日		S　年　月　日	S　年　月　日	S　年　月　日
被保険者との続柄				
傷病名				
療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
上記病院等で療養を受けた期間		平成17年　月　日から 日まで 日間	平成17年　月　日から 日まで 日間	平成17年　月　日から 日まで 日間
請求された額		円	円	円
他の制度により自己負担相当額またはその一部を受けられるかどうか		・受けられる （制度名　　） （費用徴収の　有　・　無） ・受けられない	・受けられる （制度名　　） （費用徴収の　有　・　無） ・受けられない	・受けられる （制度名　　） （費用徴収の　有　・　無） ・受けられない
診療合計点数		点	点	点
入院・通院の区分		入院　・　通院	入院　・　通院	入院　・　通院

上記高額医療費資金の貸付を受けたいので、上記の通り申込みます。

平成　　年　　月　　日

被保険者　住所　〒

氏名　　㊞

日本新薬健康保険組合理事長殿