

貸付決定額									円
高額見込み額									円
支払額又は請求額									円
資格取得日	年 月 日								
資格喪失日	令和								日
該当者の認定日	年 月 日								
該当者の取消日	令和								日

決議	理事長	常務理事	事務長		担当者
伺年 月 日					
支払年 月 日					

※上記枠内は記入しないでください。

被保険者 家族 高額医療費資金貸付申込書 (年 月診療分)

被保険者が記入するところ	保険者証の記号番号	記号	番号	事業所	名称						
					所在地						
	療養を受けた人	氏名			生年 月日	年 月 日	被保険者との続柄				
	療養を受けた病院・ 診療所・薬局等	名称									
		所在地									
	療養を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)									
	上記期間中に受けた医療について (請求) 支払った額 (保険外診療分は除く)										円
	備考										
	振込希望の銀行	振込希望の金融機関				銀行 ・ 信用金庫			支店		
		口座名義(カカナ)				普通 ・ 当座			口座NO		
上記のとおり高額医療費資金の貸付を申し込みます。											
令和 年 月 日											
シチズン健康保険組合 理事長 殿											
住所 〒											
被保険者 氏名											
電話											

(添付書類)
医療機関が発行する費用の内訳のある請求書又は領収書の写し

受付日付印

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--