

この欄は何も記入しないでください

本件支給決定してよろしいか	常務理事	事務長		担当者	支給決定額							
							万	千	百	十	円	
	支給対象月				摘要	アイウ	エオ	負担額				
	年 月 診療分								資格期間	年 月 日取得	年 月 日喪失	一般
	標準報酬月額		千円		種別	高齢受給(個人・世帯) VI V IV III II I						
					備考	外来 調剤 特定疾病						
	貸付日	年 月 日			精算日	年 月 日						

高額医療費貸付金貸付申込書

私は貸付金貸付規定等を了承のうえ、下記のとおり高額医療費貸付金の貸付を申し込みいたします。

西日本プラスチック工業健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

被保険者住所

(Tel - -)

被保険者氏名

(年 月診療分)

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所の 名称				
療養を受けた者の 氏名			療養を受けた 者の生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄		
療養を受けた医療機関等 の名称および所在地	名称						
	所在地						
上記医療機関等で療養を 受けた期間	年 月 日から			傷病名			
	年 月 日まで 日間						
上記期間に受けた療養に ついての請求額	円		他の制度により自己負担相当額又 はその一部支給を受けられるか	受けられる[制度名] 受けられない			
振込先	銀行・農協	本店・支店	預金種目	口座番号			
	信用金庫	出張所	普通 当座	フリガナ			
	信用組合	支所			口座名義		

※医療機関等からの療養に要した費用の内訳がわかる領収書または請求書を添付してください。

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、申込書の余白へ記載してください。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための身分証などの添付書類が必要です。)