

受付年月日	平成 年 月 日	理事長	常務理事	事務長	課長	担当
伺年月日	平成 年 月 日					
決裁年月日	平成 年 月 日					
支払（貸付）年月	平成 年 月 日	備考				
貸付金決定額						

高額医療費資金貸付申込書

(平成 年 月診療分)

① 被保険者証の記号・番号	記号		② 事業所の名称	
	番号			
③ 診療を受けた者の氏名			④ 診療を受けた者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日
⑤ 被保険者との続柄			⑥ 傷病名	
⑦ 診療を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	〒 - TEL - -			
⑧ ⑦の病院等で診療を受けた期間	平成 年 月 日	⑨ ⑧の期間中に受けた診療に対し病院等から請求を受けた額または支払った額	円	
	平成 年 月 日			
⑩ 他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうか	<input type="checkbox"/> 受けられる (制度名) (費用徴収の <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 受けられない			
⑪ 前12ヶ月中に高額療養費の支給を3回以上受けた場合、その直近の診療月、被保険者証の記号・番号	診療月			
	被保険者証の記号・番号		記号	
			番号	

注)被保険者本人以外の銀行口座に振り込みを希望される場合は、「受取代理人の欄」の欄に記名、捺印をしてください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		委任者と代理人との関係	
			平成 年 月 日	
	本人 住所 氏名			(印)
代理人 住所 氏名				(印)

振込を希望する銀行	銀行コード		銀行名	銀行
	店番号		支店名	支店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
	口座名義	フリガナ (必ず記入) 氏 名		

高額医療費資金の貸付けを受けたいので上記のとおり申し込みます。 平成 年 月 日 住所	
被保険者の	氏名 (印)
TEL - -	
オリンパス健康保険組合理事長 殿	