

健保決裁欄	理事長・常務理事	事務長	主担者	係員

受付年月日	決定年月

高額医療費資金貸付申込書

(平成 年 月診療分)

事業所記入欄	(〒 -)	責任者	担当者
	事業所所在地		
	事業所名称		

医療機関証明欄	療養を受けた人	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	療養を受けた医療機関	所在地	(〒 -)		
		名称	TEL() -		
	療養を受けた期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)			
	療養についての請求点数及び請求額(自費診療分を除く)	請求点数		請求金額	
傷病名	入院外来区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	他の制度により自己負担額、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 有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 受けられない	

被保険者記入欄	上記高額医療費の貸付けの申込をいたします。				
	平成 年 月 日				
	CNCグループ健康保険組合 理事長殿				
	被保険者証 記号_____ 番号 _____				
	住所 (〒 -)				
	氏名 _____ 印 Tel () -				
振込み希望金融機関	銀行			支店	
	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座	口座番号		(フリガナ) 口座名義	

健保記入欄	貸付決定金額		円	支払	平成 年 月 日
	決定期間	自 平成 年 月 日	日間	返済	平成 年 月 日
	算出基礎	自己負担額 (円 - 円) × 0.8	負担限度額	備考	自己負担限度額
	=	貸付額	円		