

貸付決定 伺い	常務理事	事務長	会計係	担当者	貸付決定年月日	平成	年	月	日	回数
					貸付決定額					
	資格照合			標準報酬月額	支給対象月		年 月 診療分			
	年 月 日取得			千円	支払年月日	平成	年	月	日	
	年 月 日喪失				返済年月日	平成	年	月	日	
算出基礎		別紙計算書添付			備考					

高額医療費資金貸付申込書 (平成 年 月 診療分)

被 保 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号				事業所名称				
	治療を受けた 者の氏名				生年 月日	昭和 平成 年 月 日生	続 柄		
	療養を受けた病院・ 診療所の名称及び 所在地		名称			所在地	☺		
	上記病院等で 診療を受けた 期間		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日 (日間)	左記期間に受けた療養 についての請求額		円			
	傷 病 名			他の制度により自己負 担相当額またはその一 部の請求を受けられる のかどうか		受けられる (制度名) (費用徴収 有 無) 受けられない			
	振 込 希 望	す る 場 合	金 融 機 関	銀 行 支 店	普 通 No.	名 義			
	上記、高額療養費の支払資金として 金 _____ 円の貸付を申込みいたします。 平成 年 月 日 申込者住所 氏 名 _____ 印 _____								
	(連帯保証人) 事業主氏名 _____ 印 _____								
	大阪自転車健康保険組合 理事長様								

(合算高額療養費の場合)

2人以上の受診者分について貸付を受けようとする場合は、本申込書を各々作成し、一括申込みをすること。