

## 高 額 医 療 費 貸 付 申 込 書

|                     |         |                                                                                    |   |     |    |
|---------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------|---|-----|----|
| 被 保 険 者 証 の 記 号 番 号 |         | 記 号                                                                                |   | 番 号 |    |
| 事 業 所 の 名 称         |         |                                                                                    |   |     |    |
| 事 業 所 の 住 所         |         |                                                                                    |   |     |    |
| 被 保 険 者 氏 名         |         |                                                                                    |   |     |    |
| 高額医療費               | 氏 名     |                                                                                    |   |     |    |
| 対 象 者               | 生 年 月 日 | 年                                                                                  | 月 | 日生  | 続柄 |
| 該 当 病 院 名           |         |                                                                                    |   |     |    |
| 病 院 所 在 地           |         | 〒 <span style="float: right;">TEL</span>                                           |   |     |    |
| 受 診 年 月             |         | 年 月 診療分                                                                            |   |     |    |
| 請 求 額 又 は 支 払 額     |         | <div style="text-align: right;"> 費用の内訳のある請求書又は領収書を<br/> 円<br/> 裏面に添付してください。 </div> |   |     |    |

上記の高額医療費資金の貸付けを申込みます。

なお、貸付金が支給される際は下記へお振込みください。

年            月            日

サンケン電気健康保険組合 理事長 殿

〒

住所

---

被保険者

氏名

---

記

|       |           |     |  |    |
|-------|-----------|-----|--|----|
| 銀 行   | 銀行        |     |  | 支店 |
| 番 号   | 普 通 ・ 当 座 | NO. |  |    |
| 口 座 名 | (本人名義もの)  |     |  |    |