

平成 年 月 日	常務理事	事務長	課長	係
決定金額				
円				

高額医療費資金貸付申込書

記号番号	—	事業所名	
被保険者の氏名		被保険者生年月日	年 月 日

金額	金 円也		
療養を受けた者の氏名		被保険者との続柄	
療養を受けた年月	平成 年 月		
療養を受けた医療機関名	医療機関名		
	所在地		
医療機関等で支払った額	円		
添付書類	医療機関の発行した	別添 (1)	円
	請求書又は領収書	(2)	円
		(3)	円
貸付金振込先	信用金庫 店 (普通・当座) 預金口座番号 _____		

北海道信用金庫健康保険組合高額医療費資金貸付規程に基づき、上記の通り申込をします
ので承認願います。なお、償還に際しては高額療養費の支給をもって返済金に充当いたし
ます。

平成 年 月 日

北海道信用金庫健康保険組合理事長 様

申込者 住所
氏名

㊞