

		常務理事	事務長	担当
決定日	平成 年 月 日			
高額療養費見込額				円
貸付決定額	× 0 . 8 (100 円未満切捨て)			円

高額医療費貸付申込書 (H 年 月診療分)

被保険者記号番号	記号		番号	
事業所の名称				
被保険者名				
受療者	氏名			
	生年月日	年 月 日	続柄	
た療養を 医療を受け 機関	名称			
	所在地			
	TEL	()		
療養を受けた期間	平成 年 月 日	~	平成 年 月 日	
請求(領収)された額				円

上記の高額医療費資金の貸付けを申し込みます。

平成 年 月 日

被保険者 住所 〒

TEL ()

フリガナ

氏名

印

ヤンマー健康保険組合理事長殿

払込希望金融機関 (被保険者名義)	銀行 支店 普通 / 当座 口座 No
----------------------	---------------------