

		常務理事	事務長	担当
決定日	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 ( 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 受 け 医 療 機 関	名称			
	所在地			
	TEL	( )		
療養を受けた期間	年 月 日	～	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。

令和 年 月 日  
被保険者 住 所 〒

TEL ( )

フガナ  
氏名

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
----------------------	-------------------