

高額医療費資金貸付申込書

令和 年 月 診療分

①被保険者の記号・番号	(記号)	(番号)
②事業所(会社)の名称又は部室店名		
③療養を受けた者の氏名	1	2
④療養を受けた者の生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
⑤被保険者との続柄		
⑥傷病名		
⑦療養を受けた病院・診療所の名称及び所在地	名称 Tel ()	Tel ()
	所在地	
⑧⑦の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで	年 月 日から 日間 年 月 日まで
⑨⑧の期間に受けた療養に対し病院から請求を受けた額又は支払った額	円	円
⑩他の制度により自己負担相当額又はその一部の支給受けられるかどうか	受けられる (制度名) (費用の徴収 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用の徴収 有・無) 受けられない
<p>三菱UFJ銀行健康保険組合理事長殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 〒</p> <p>被保険者の Tel ()</p> <p>氏名</p>		

(注)

【添付書類】

医療機関からの請求書又は領収書(いずれも療養に要する費用内訳の記載があるもの)
(貸付の決定後、高額医療費資金借用証書を提出いただく際には、印鑑証明書の添付が必要です)

支 払 (貸 付) 決 議 書			
受 付 日	年 月 日	常務理事	事務長
貸 付 決 定 日	年 月 日		
支 払 (貸 付) 日	年 月 日	部 長	担 当
貸 付 金 額			
算 出 基 礎			

【備 考】

【郵 便】〒105-0014 東京都港区芝2-4-3
三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第二部宛

【行内メール】東日本(7872-50)三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第二部宛