【提出先：申請者→会社担当部署→健保組合】

高額医療費資金貸付申込書

（　　年　　月診療分）

被保険者等 記号・番号	―	事業所名 所属名	
受診者	□ 被保険者 □ 被扶養者（氏名：　　生年月日：　　年　　月　　日）		
療養を受けた医療機関	名称		
	所在地	〒（　　―　　） 住所： TEL　（　　）	
療養を受けた期間	年　　月　　日から 年　　月　　日まで 日間	入院外来の別	□ 入院　□外来
		医療費助成制度適用の有無	有（制度名　　） 無
傷病名		医療機関からの請求額又は支払額	円
振込希望の金融機関 （被保険者名義）	銀行 信用金庫	銀行名 （銀行コード）	銀行 信用金庫 （銀行コード：　　）
		支店名 （支店コード）	支店 （支店コード：　　）
		口座番号	普通預金
		口座名義	カタカナでご記入ください

上記のとおり高額医療費資金貸付規程による貸付けを受けたいので申し込みます。

年　　月　　日　　（〒　　－　　）

住所：

被保険者（申込者）氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL：　　（　　）

プルデンシャル健康保険組合　理事長　殿

【注意事項】

①この申込書は医療機関ごと暦月ごとに作成してください。

②医療機関からの請求額又は支払額の欄には保険診療分についてのみの金額を記入してください。

③医療費の内訳を証明できる「医療機関発行の領収書」又は「請求書」の原本を添付してください。

④貸付限度額は当該療養(保険診療分)に係る高額療養費支給見込額の 9 割相当となり、貸付額は千円単位となります。

⑤入院時の「限度額適用認定証」を発行している場合は、当貸付制度は利用できません。

支払決議書（健保使用欄）							
	伺年月日	年　月　日	常務理事	事務長	確認者	担当者	
	支払年月日	年　月　日					
	貸付決定金額	円					
	高額療養費	円	資格	取得日	年　月　日		
	標準報酬月額	千円		喪失日	年　月　日		

受付日付印