

1

2

健康保険高額医療費貸付金貸付申込書

被保険者記入用

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 	番号 	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい 		
	氏名	(フリガナ) 		生年 月日	元号 	年 月 日
	住所	(〒 -) 		都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	() 				

振 込 先 指 定 口 座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注1) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 注2) 給付金の受取をマイナポータル等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。					
	※在職期間中の申請をする場合は、下記の記入は不要です。					
	金融機関名・店舗名	農業協同組合				
金融機関コード ・店番号			口座 種別	☐ 1. 普 通 ☐ 2. 当 座	口座 番号	
口座名義 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。 濁点(°)、半濁点(゜)は1文字としてご記入ください。 					

「被保険者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	-------------

受付日付印

健康保険高額医療費貸付金貸付申込書

被保険者記入用

申	1 被保険者氏名																			
	2 貸付金申込額	金 円																		
請 内 容	3 診療月	元号		年		月		左記の診療月について、受診者ごと（医療機関・薬局・入院・通院別等）に記入してください。												
	4 受診者	☐ 1. 被保険者 ☐ 2. 被扶養者				☐ 1. 被保険者 ☐ 2. 被扶養者				☐ 1. 被保険者 ☐ 2. 被扶養者										
	被扶養者の場合はその方の	氏名																		
		生年月日	元号		年		月		日		元号		年		月		日			
	5 療養を受けた医療機関・薬局の	名称																		
	所在地																			
6 療養を受けた期間	元号		年		月		日		から		元号		年		月		日		から	
									まで										まで	
7 請求された額																				

愛知県農協健康保険組合 高額医療費貸付金 貸付規定により貸付を受けたいので、上記のとおり申し込みます。

年 月 日

被保険者氏名