

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	被保険者証の (右つめ)	記号	番号	生年月日		
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	元号	年 月 日	
	氏名・印	(フリガナ)		※押印省略不可		
	住所	(〒 -)	都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	()				

※在職期間中の申請をする場合は、下記の記入は不要です。

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名・店舗名	農業協同組合		本店	支店
	金融機関コード ・店番号	<input type="text"/>	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。		<input type="text"/>	

「被保険者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者マイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。)

<input type="text"/>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

<input type="text"/>	印
----------------------	---

受付日付印

<input type="text"/>

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	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者				
		<input type="checkbox"/> 2. 被扶養者	<input type="checkbox"/> 2. 被扶養者	<input type="checkbox"/> 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		
	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			
					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 印