

受付番号	
受付年月日	

国民健康保険高額療養費貸付申請書

年 月 日

愛南町長 様

申請者 (世帯主)

住 所

氏 名

㊟

下記のとおり高額療養費貸付金の貸付を受けたく申請します。

記

保 険 点 数	感 染 症 等 の 感 染 点 数	国保給付対象保険点数及び費用額	一 部 負 担 金	高 額 療 養 費 支 給 見 込 額	貸 付 申 請 額	貸 付 決 定 額
(A)	(B)	(A)-(B) (C)	(C) × (D)	(D) - 円 (E)	(F)	(E) × 以内 (G)
点	点	(点) 円	円	円	円	※ 円
医療機関の診療を受けた者	被 保 険 者 証		記 号	番 号		
	氏 名				申請者との続柄	
	生年月日	年	月	日	性 別	男 ・ 女
	傷 病 名					
	医療機関	名 称				
		所 在 地				
貸 付 申 請 に 係 る 診 療 月			年	月 分		

(注) 1. 持参するもの ①病院等の診療報酬内訳書又はこれに代わる書類
②印鑑 ③国民健康保険被保険者証

2. ※印欄は記入しないでください。