

*貸付番号				理事長	常務理事	事務長	担当
*決定日	平成 年 月 日	標準報酬月額	万円				
*高額医療費見込額	標準報酬月額 53万円 未満	一部負担金 - [80,100円 + {(医療費総額 - 267,000円) × 0.01}] =					
	標準報酬月額 53万円 以上	一部負担金 - [150,000円 + {(医療費総額 - 500,000円) × 0.01}] =					
*貸付決定額 (1,000円単位の貸付です)	高額医療費見込額 × 80% = 貸付決定額 円 × 0.8 = 円						

高額医療費資金貸付申込書

被保険者	記号		番号		氏名		
被保険者住所	〒 TEL						
事業所の名称							
高額医療費 対象者	氏名					続柄	
	生年月日	M. T. S. H 年 月 日					
傷病名							
医療機関名							
医療機関 所在地	〒 TEL						
療養の 期間	平成 年 月 日 ~			左記期間の療養についての支払額または請求額			
	平成 年 月 日 日間			円			
他の制度により自己 負担相当額又はその 一部の支給を受けら れるかどうか	受けられる (制度名) ・ 受けられない 費用徴収 有 (円) ・ 無						

上記の医療費について高額療養費資金貸付規定による貸付をうけたいので
関係書類を添えて申し込みます。

平成 年 月 日

NDS健康保険組合理事長 殿

〒 -

住所

被保険者

氏名



記

銀行名	銀行	支店
口座番号	普通・当座 No.	
フリガナ	
口座名	(本人名義)	