

(様式36号)

高額療養費資金貸付申込書

(年 月診療分)

記号・番号	全歯		療養を受ける 被保険者の 氏名・生年月日	年 月 日	
貸付申請額				組合員 氏名・続柄	
傷病名					
療養を受けた期間	年 月 日 ~		年 月 日		
療養を受けた病院 診療所・薬局等の 名称及び所在地	名称				
	所在地				
療養に対し病院 等で支払った額					円
上記のとおり申し込みします。 年 月 日		必 ず 記 入	(フリガナ)		
			振込先	銀行・信金	店
			口座番号	信組・農協	出張所
			口座種別	普・当	
			(フリガナ)		
組合員 住所					
氏名				⑩ ※自署の場合は 押印省略可	
電話番号(- -)					
全国歯科医師国民健康組合理事長 殿					

貸付金額	
	円

係



支部長	支部常務	係



※保険医療機関などから療養に要する費用の内訳が記載された請求書又は領収書を添付。

※組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外に使用することはありません。