

様式第1号(第3条関係)

高 額 療 養 費 貸 付 申 請 書
出 産 育 児 一 時 金

受付番号	第	号	受付年月日	平成	年	月	日
被保険者証の記号番号				世帯主氏名			
被保険者	続柄		氏名	生年月日			
被保険者住所							
診療月							
医療機関の名称及び所在地							

天童市国民健康保険高額療養費等貸付規則に定める事項を遵守することを誓約し、上記の者の診療に係る支払資金として、下記の金額を貸し付け願いたく申請します。

申込金額 金 _____ 円

平成 年 月 日

住 所 天童市
世帯主
氏 名 _____ 印

天 童 市 長 様

決 裁	平成	年	月	日	課 長	課長補佐	係 長	係
	次のとおり決定していかかがですか。							
療養に要した費用の額	他法優先分	一部負担金相当額 (-) × 0.3		貸付対象額 - 自己負担の限度額	貸付決定額 × 0.9 千円未満切り捨て			
円	円	円		円	円			
備考								