|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 貸付決議 | 貸　付　金　額 | 伺 | 決　 裁 **高 貸** |
|  円 |  係　　員 | Ｇ　　Ｌ | 事務長 |  常務理事 |

**本請求前にWeb登録をお願いします。支給決定額はWebサービスからご確認下さい。**

[**https://kosmoweb.jp**](https://kosmoweb.jp)**仮ID・仮パスワードがご不明な方は東レ健康保険組合までお問合せください**

東レ健康保険組合　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者が記入するところ | 被保険者証の 記号・番号 | 記号 |  |  |  |  | 番号 |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 |  | 年 　 月 　日 |
| 住　　　　　　所 |  〒 Tel. |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ氏　　　　　　名 |   |
| 所　　　　　　属 | 事業所　　　　　　　　　　　　 職　場 　　 　 Tel. |
| 貸付対象受診者 | 1.　本人 2.　被扶養者（続柄：　　　　　　　） |
| 被扶養者の場合 | 被扶養者の氏名： |
| 生　年　月　日：　 　　 年 　 　 月 　　 日 |
| 療養を受けた 医療機関 | 名　称 |  |
| 住　所 |  |
| 療養を受けた年月 | 　 　　 年 　月 ・入院　　　 　　・外来 |
| 窓口での支払額 |  円 （健康保険適用外の分は除いて下さい） |
| 振　　込　　先 |  銀行 | 口座番号 |
|  支店 | 　　 |
| 個人情報保護関連（必ずご記入ください） | 本件について、事業所に申請内容について問い合わせする事に同意します。（・はい　・いいえ） |
| 注）高額医療費資金貸付申込書には次のものを添付して下さい。　・医療機関の発行する療養に要する費用の内訳のある請求書、または領収書　 　＜参考＞　　　　貸付額は高額療養費支給見込額の９０％相当額（１０００円　未満切捨て）です。　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ［受　付　日］　　〈事業所〉　　　　〈健保組合〉 |