

※ 支 払 (貸 付) 決 議 書						
受 付 年 月 日	年 月 日	常務理事	事務長	課 長	担当者	被扶養者 台帳照合印
伺 年 月 日	年 月 日					
決 裁 年 月 日	年 月 日					
支 払 (貸 付) 年 月 日	年 月 日					
貸 付 金 決 定 額	： ； ； ； ； ； ； ； ；					
決 定 期 間	年 月 日 (日間) 年 月 日	備 考				
算 出 基 礎						

高額医療費資金貸付申込書

(年 月診療分)

①被保険者証の記号・番号		②事業所の 名 称	
③診療を受けた者の氏名	1.	2.	3.
④療養を受けた者の の 生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
⑤被 保 険 者 と の 続 柄			
⑥ 傷 病 名			
診療を受けた病 ⑦院・診療所等の名 称及び所在地	名 称 電話 ()	名 称 電話 ()	名 称 電話 ()
⑧ ⑦の病院等で療養を受 けた期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで	年 月 日から 日間 年 月 日まで	年 月 日から 日間 年 月 日まで
⑨ ⑧の期間に受けた療養 に対し病院等から請求を 受けた額又は支払った額	() 円	() 円	() 円
⑩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) (費用徴収の 有 ・ 無) 受けられない	受 け ら れ る (制度名) (費用徴収の 有 ・ 無) 受けられない	受 け ら れ る (制度名) (費用徴収の 有 ・ 無) 受けられない
⑪前12ヵ月中に高額療養費 の支給を3回以上受けた 場合、その直近の診療月、 被保険者証の記号・番号及 び支給を受けた健康保険 組合支部名	診 療 月		
	被保険者証の記号・番号	第 号	第 号
	健康保険組合支部名		
⑫ 振込希望の金融機関	銀行 信金 農協 ()	本店 支店 支所 ()	普通 当座 通知 貯蓄 口座番号 第 号
<p>高額医療費資金の貸付を受けたいので上記のとおり申し込みます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>被保険者の 電話 ()</p> <p>氏 名</p> <p>健康保険組合理事長 殿</p>			