※	支　払　（貸　付）　決　議　書					
受付年月日	年　月　日					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 年　月　日（　日間）	備考				
算出基礎						

高額医療費資金貸付申込書

（　年　月診療分）

①被保険者等記号・番号		②事業所の名称		
③診療を受けた者の氏名	1.	2.	3.	
④療養を受けた者の生年月日	明・大・昭・平　年　月　日	明・大・昭・平　年　月　日	明・大・昭・平　年　月　日	
⑤被保険者との続柄				
⑥傷病名				
⑦診療を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称	電話　（　）	電話　（　）	電話　（　）
	所在地			
⑧⑦の病院等で療養を受けた期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	
⑨⑧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　） （費用微収の　有　・　無） 受けられない	受けられる （制度名　） （費用微収の　有　・　無） 受けられない	受けられる （制度名　） （費用微収の　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、被保険者等記号・番号及び支給を受けた健康保険組合支部名	診療月			
	被保険者等記号・番号	第　号	第　号	第　号
	健康保険組合支部名			
⑫振込希望の銀行又は郵便局名	銀行　支店　（普通／当座　第　号）・　郵便局			

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。

年　月　日

住　所

被保険者の　　電話　（　）

氏　名

健康保険組合理事長　殿