

※ 支払(貸付)決議書

受付年月日	年 月 日		常務理事	事務長	担当者	被扶養者 台帳照合印
伺年月日	年 月 日					
決済年月日	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)	備考				
算出基礎						

高額医療費資金貸付申込書 (令和 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			
④ 診療を受けた者の 生年月日		大昭平令 年 月 日	大昭平令 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
	所在地		
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
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 ()
⑩ 他の制度により自己負担 相当額又はその一部の支 給を受けられるとき		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か月中に高額療養 費の支給を3回以上受 けた場合、その直近の 診療月、被保険者記 号・番号及び支給を受 けた健康保険組合	診療月		
	被保険者 記号・番号	第 号	第 号
	健康保険組合支部名		
⑫ 振込希望の銀行		銀行 支店 [普通 第 号] 当座	

高額医療費資金の貸付けを受けたいので上記のとおり申込みます。

令和 年 月 日
健康保険組合理事長殿

住所
被保険者の
氏名

☎ 電話