

※ 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) 年 月 日	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	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 所在地	電話	電話	
⑧ ⑦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
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	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	被保険者 記号・番号	診療月 第 号	第 号	第 号
⑫ 振込希望の銀行	銀行	支店	普通 第 当座 号	・

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

印 電話