

※ 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 被保険者証の記号・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、被保険者証の記号・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