

支 払 (貸 付) 決 議 書					
受 付 年 月 日	平成 年 月 日	理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	課 長
伺 年 月 日	平成 年 月 日				
決 裁 年 月 日	平成 年 月 日				
支 払 (貸 付) 年 月 日	平成 年 月 日				
貸 付 金 決 定 額	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	備 考	※入院時に「限度額適用認定証」を提示して費用を支払った場合、申請できません		
決 定 期 間	平成 年 月 日 (日間) 平成 年 月 日				
算 出 基 礎					

高額医療費資金貸付申込書

(平成 年 月 診療分)

【添付書類】1 この申込書には病院等からの療養に要する費用の内訳のある請求書又は領収書を添付して下さい。

2 申込書が市町村民税を課せられない者又は生活保護法の要保護者であるときはその旨が明らかになる書類等を添付して下さい。

① 被保険者証の記号・番号	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	大・昭・平 年 月 日	大・昭・平 年 月 日	大・昭・平 年 月 日	
⑤ 被保険者との続柄				
⑥ 傷 病 名				
⑦ 療養を受けた病院・診療所等の 名称及び所在地	名 称			
	所在地			
	TEL ()	TEL ()	TEL ()	
⑧ ⑦の病院等で療養 を受けた 期 間	平成 年 月 日 日間 平成 年 月 日	平成 年 月 日 日間 平成 年 月 日	平成 年 月 日 日間 平成 年 月 日	
⑨ ⑧の期間中に受けた療養に 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)	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無)	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無)	
	受けられない	受けられない	受けられない	
⑪ 前12ヶ月中に高額療養費 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	記号 番号	記号 番号	記号 番号
	健康保険組合支部名			
⑫ 振込希望の銀行名	銀行 支店 (普通 第 号)			
<p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">被保険者の 氏 名 TEL ()</p> <p style="text-align: center;">印</p> <p style="text-align: center;">健康保険組合理事長 殿</p>				