

※		支 払 (貸 付)		決 議 書		被 扶 養 者 台 帳 照 合 印	
受 付 年 月 日	年 月 日						
同 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 (日間)			備			
算 出 基 礎	年 月 日			考			

高額医療費資金貸付申込書 (年 月診療分)

① 被保険者証の記号・番号	第 _____ 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 療 養 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	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	() 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 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
診 療 合 計 点 数	⑪ _____ 点	⑬ _____ 点	⑭ _____ 点
薬 剤 一 部 負 担 額	⑫ _____ 円	⑮ _____ 円	⑯ _____ 円
入 院 ・ 通 院 の 別	⑬ 1 : 入 院 2 : そ の 他	⑭ 1 : 入 院 2 : そ の 他	⑮ 1 : 入 院 2 : そ の 他
⑰ 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		
	健 康 保 険 組 合 支 部 名		
⑱ 振 込 希 望 の 銀 行 又 は 郵 便 局 名	銀 行 _____ 支 店 (普 通 第 _____ 号)	口 座 名 義 _____	郵 便 局 _____
<p>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;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">被 保 険 者 の 氏 名 _____ 電話 () _____</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p style="text-align: center;">健康保険組合理事長 殿</p>			

〔記入上の注意〕

1. ※印は記入しないで下さい。
2. この申込書は、診療月ごとに作成して下さい。
3. ① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
4. ⑩欄は、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について、該当する方に○印をつけ、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものの番号(その他)の場合に具体的制度名を記入して下さい。
5. 又、自己負担相当額の一部について費用を徴収されたか否かについて該当する方に○印をつけて下さい。
6. ⑨欄は、病院等で請求を受けた額又は支払った額のうち、いわゆる保険診療分に係るもの及び薬剤自己負担額についてのみに記入し、特別室料、歯科で認められている差額徴収等については除いて下さい。ただし、その額が明確でないときは病院等で請求を受けた額又は支払った額を記入し、その旨を()内に記入して下さい。なお、⑩欄において費用徴収が「有」の場合は、当該徴収される費用の額又は徴収された費用の額を記入して下さい。
7. ⑰欄は、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を記入して下さい。
8. ⑱欄は、振込希望の銀行又は郵便局名を記入して下さい。

高額医療費資金借用証書

健康保険組合

理事長

殿

金額								円
----	--	--	--	--	--	--	--	---

但し、高額医療費資金貸付金として上記の通り借用しました。

年 月 日

借受人

住所[〒]

氏名

Ⓔ

(事業所名)

(記号)

番号

〔健康保険組合高額医療費資金貸付規程を遵守し、高額医療費の支給をもって返済します。〕