

支 払 (貸 付)		決 議 書			
受付年月日	平成 年 月 日				
伺年月日	平成 年 月 日				
決済年月日	平成 年 月 日				
払(貸付)年月日	平成 年 月 日				
貸付金決定額					
決定期間	平成 年 月 日 (日間) 平成 年 月 日	備			
算出基礎		考			

高額医療費資金貸付申込書

(平成 18 年 7 月診療分)

被保険者証の記号・番号	第 <u>123</u> / <u>4567</u> 号	事業所の名称	○×株式会社	
診療を受けた者の氏名	1. <u>健保 太郎</u>	2.	3.	
療養を受けた者の生年月日	明・大・昭・平50年1月1日	明・大・昭・平 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	
被保険者との続柄	<u>本人</u>			
傷病名	<u>胃潰瘍</u>			
療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称 <u>〇〇総合病院</u> 電話 <u>123 (456) 7899</u>	電話 ()	電話 ()	
	所在地 <u>〇×市 町1-1-1</u>			
の病院等で療養を受けた期間	平成18年7月 1日から 20日まで 平成18年7月 20日まで	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで	
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	<u>350,000</u> 円 ()	円 ()	円 ()	
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) <u>受けられない</u>	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	
前12ヶ月中に高額療養費の支給を3回以上受けた場合、その直近の診察月、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	第 号	第 号	第 号
	健康保険組合支部名			
振込希望銀行	<u>〇×</u> 銀行	支店	〔 <u>普通</u> 当座 第 <u>1234567</u> 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し込みます。

平成 18 年 7 月 31 日

住所 神奈川県鎌倉市岡本2-13-18
被保険者の氏名 健保 太郎

電話 111 (222)

健保

富士ソフト健康保険組合理事長 殿

(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. 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て、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(その他の場合は具体的な制度名)を記入して下さい。

4. 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についてのみ記入し、特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いて下さい。ただし、その額が明確でない時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、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。

5. 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。

6. 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。