

支 払 (貸 付) 決 議 書										伺 年 月 日			
常務理事	事 務 長	担 当 者	貸 付 金 決 定 額							円	決 裁 年 月 日		
												支 払 (貸 付) 年 月 日	
												算 出 基 礎	
決 定 期 間	自 令 和 年 月 日 ~ 至 令 和 年 月 日 日 間									備 考			

高 額 医 療 費 資 金 貸 付 申 込 書 (令 和 年 月 診 療 分)

被 保 険 者 記 号 - 番 号	-	事 業 所 名	
療 養 を 受 け た 者 の 氏 名			
療 養 を 受 け た 者 の 生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日
被 保 険 者 と の 続 柄			
療 養 を 受 け た 医 療 機 関	名 称		
	所 在 地	TEL ( )	TEL ( )
療 養 を 受 け た 期 間	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで 日 間	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで 日 間	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで 日 間
医 療 機 関 で の 支 払 額	円	円	円
他 の 制 度 に よ り 自 己 負 担 額 相 当 額 ま た は そ の 一 部 の 支 給 を 受 け ら れ る か ど う か 該 当 個 所 に <input checked="" type="checkbox"/> 記 入 し て く だ さ い。	<input type="checkbox"/> 受 け ら れ る 【 制 度 名 】 _____ 【 費 用 徴 収 】 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 受 け ら れ ない	<input type="checkbox"/> 受 け ら れ る 【 制 度 名 】 _____ 【 費 用 徴 収 】 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 受 け ら れ ない	<input type="checkbox"/> 受 け ら れ る 【 制 度 名 】 _____ 【 費 用 徴 収 】 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 受 け ら れ ない
診 療 合 計 点 数	点	点	点
薬 剤 一 部 負 担 額	円	円	円
入 院 ・ 通 院 の 別	1 : 入 院 2 : そ の 他	1 : 入 院 2 : そ の 他	1 : 入 院 2 : そ の 他
前 12 ヶ 月 中 に 高 額 医 療 費 支 給 を 3 回 以 上 受 け た 場 合、そ の 直 近 に つ い て 記 入 し て く だ さ い	診 療 月	令 和 年 月	令 和 年 月
	被 保 険 者 記 号 番 号	-	-
	健 康 保 険 組 合 名	健康 保 険 組 合	健康 保 険 組 合
振 込 金 融 機 関	銀 行	支 店 当 座 ・ 普 通 番 号	
<p>ナブテスコグループ健康保険組合理事長 殿</p> <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し込みます。</p> <p align="center">〒 _____</p> <p>令和 年 月 日 被保険者 住 所 _____</p> <p align="right">氏 名 _____ 印 _____</p>			