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	

【依頼事項】被保険者記号・番号は必ず記入のうえ提出をお願いいたします。
（マイナポータルもしくは「資格情報のお知らせ」で確認してください）

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　（　）	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☑記入してください。		□　受けられる 【制度名】＿＿＿＿ 【費用徴収】　有　・　無 □　受けられない	□　受けられる 【制度名】＿＿＿＿ 【費用徴収】　有　・　無 □　受けられない	□　受けられる 【制度名】＿＿＿＿ 【費用徴収】　有　・　無 □　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	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	健康保険組合
振込金融機関		銀行　　支店 当座・普通 番号		

ナブテスコグループ健康保険組合理事長　殿

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。

〒　　－

令和　　年　　月　　日　　被保険者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。