| 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 | | 12　－　1234 | 事業所名 | ○○○○○株式会社 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 療養を受けた者の氏名 | | 健保　花子 | | | |
| 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 | | 妻 | | | |
| 療養を受けた医療機関 | 名称 | ○○○○医院 | | | |
| | 所在地 | 神戸市西区○○○1-1-1<br>TEL　078(123)　4567 | TEL　(　　) | TEL　(　　) | |
| 療養を受けた期間 | | 令和　○年　○月　○日から<br>令和　○年　○月　○日まで　○日間 | 令和　年　月　日から<br>令和　年　月　日まで　日間 | 令和　年　月　日から<br>令和　年　月　日まで　日間 | |
| 医療機関での支払額 | | ○○○,○○○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<br>【制度名】<br>【費用徴収】　有　・　無<br>□　受けられない | □<br>・　無<br>□ | | |
| 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 | 12　－　1234 | － | － | |
| | 健康保険組合名 | ﾅﾌﾞﾃｽｺｸﾞﾙｰﾌﾟ健康保険組合 | 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　1234567 | | | |

国が行う公費制度、及び市区町村が行う医療助成事業、窓口負担額の支給を受けられることができるときは、受けられるに○。
一部費用徴収された場合は「有」、されなかった場合は「無」を○で囲む。

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。

〒　651 - 1243

令和　○年　○月　○日　　被保険者　住　所　神戸市西区○○○1-2-3

氏　名　健保　太郎

※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。