

※ 支払（貸付）決議書						
受付年月日	年 月 日	常務理事	事務長	係	被扶養者 台帳照合印	
伺年月日	年 月 日					
決裁年月日	年 月 日					
支払（貸付）年月日	年 月 日	備 考				
貸付金決定額						
決定期間	年 月 日（日間） 年 月 日					
算出基礎						

高額医療費資金貸付申込書

（ 年 月診療分）

① 被保険者の記号・番号	記号 番号	② 事業所の 名 称		
③ 療養を受けた者の氏名	1	2	3	
④ 療養を受けた者の の生年月日	昭・平・令	昭・平・令	昭・平・令	
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（ ）	電話（ ）
	所在地			
⑧ ⑦の病院等で療 養を受けた期間	年 月 日 日間 年 月 日	年 月 日 日間 年 月 日	年 月 日 日間 年 月 日	
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	
⑪ 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				
⑫ 振込先金融機関 （被保険者名義のみ）	銀行	本店 支店	普通	口座 番号

高額医療費資金の貸付を受けたいので上記のとおり申込みます。

年 月 日

住所

被保険者の

氏名

印

電話

（ ）

ベシシアグループ健康保険組合理事長 様

<添付書類> 医療機関発行の療養に要した費用の内訳のある請求書又は領収証