

※ 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）					
算出基礎						

高額医療費資金貸付申込書

（ 〇〇年 〇〇月診療分）

① 被保険者の記号・番号	記号 123 番号 45678	② 事業所の 名 称	株式会社 〇〇〇〇			
③ 療養を受けた者の氏名	1 健保 花代	2	3			
④ 療養を受けた者の の生年月日	昭 平・令 〇〇年〇月〇日	昭・平・令	昭・平・令			
⑤ 被保険者との続柄	長女					
⑥ 傷 病 名	ネフローゼ					
⑦ 療養を受けた病 院・診療所等 の名称及び所在地	名称 〇〇〇〇病院 電話 2222（22）2222	電話（ ）	電話（ ）			
	所在地 〇〇県〇〇市〇〇町2					
⑧ ⑦の病院等で療 養を受けた期間	〇年〇月〇日 〇日間 〇年〇月〇日	年 月 日 日間	年 月 日 日間			
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	〇〇〇〇〇〇 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）	〇〇 銀行	〇〇 本店 支店	本店 支店	口座 番号	0 0 0 0 0 0 0 0	

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。

〇年 〇〇月 〇〇日

住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1

被保険者の

氏名 健保 太郎



電話 111（11）1111

ベ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