

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 〇 年 〇 月 診 療 分)

被 保 険 者 記 号 - 番 号	12 - 1234		事 業 所 名	〇〇〇〇株式会社			
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 〇年 〇月 〇日		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	〇〇〇〇医院					
	所 在 地	神戸市西区〇〇〇1-1-1 TEL 078(123) 4567		TEL ( )	TEL ( )		
療 養 を 受 け た 期 間	令和 〇年 〇月 〇日から 令和 〇年 〇月 〇日まで 〇日間		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	〇〇〇,〇〇〇円			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 〇 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"/>	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、受けられるに〇。 一部費用徴収された場合は「有」、されな かった場合は「無」を〇で囲む。			
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 〇 年 〇 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	ナブテスコグループ健康保険組合		健康保険組合	健康保険組合		
振 込 金 融 機 関	〇〇〇〇銀行		〇〇〇支店 当座・普通 番号 1234567				
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 〇年 〇月 〇日 被保険者 住 所 神戸市西区〇〇〇1-2-3 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。