

支 払 (貸 付) 決 議 書					
受付年月日	年	月	日		被扶養者 台帳照合印
同年月日	年	月	日		
決裁年月日	年	月	日		
支払(貸付)年月日	年	月	日		
貸付金決定額					
決定期間	年	月	日 (日間)	備 考	
算出基礎					

高額医療費資金貸付申込書

(平成15年 7 月診療分)

被保険者証の記号・番号	0000 第 000 号	事業所の 名 称	新電元商事	
診療を受けた者の氏名	1. 健保花子	2.	3.	
療 養 を 受 け た 者 の 生 年 月	明・大・昭平46年4月1日	明・大・昭平 年 月 日	明・大・昭平 年 月 日	
被 保 険 者 と の 続 柄	妻			
傷 病 名	〇〇〇			
療養を受けた病院・診療所等の 名称及び所在	名 称	新電元総合病院 電話0429(72) × ×		電話 ()
	所在地	埼玉県飯能市 南町 × - × ×		
の 病 院 等 で 療 養 を 受 け た 期 間	15年7月1日から 15年7月3日まで	31日間	年 月 日から 年 月 日まで	日 間
の 期 間 に 受 け た 療 養 に 対 し 病 院 等 か ら 請 求 受 け た 額 又 は 支 払 っ た 額	100,000 円		円	円
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	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない
前12ヵ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、被保険者 証の記号・番号及び支給を受 けた健康保険組合支部名	診 療 月			
	被保険者証の記号・番号	第 号	第 号	第 号
	健康保険組合支部名			
振 込 希 望 の 銀 行 又 は 郵 便 局 名	新電 銀行 飯能 支店 (普通 当座 第 XXXXXXX 号)		郵便局	

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こみます。

平成15年 10 月 1 日

住所 埼玉県飯能市南町 × - × ×
氏名 健保 太郎

電話 0429(72) × 〇 × 〇



新電元工業健康保険組合理事長 殿

「記入上の注意」
1. 印は記入しないで下さい。
2. この申込書は診療月ごとに作成して下さい。
3. () 欄は同一月に医療機関別、入院・通院別に自己負担額が六〇、〇〇〇円を超える自己負担がある場合又は同一月に医療機関別、入院・通院別の自己負担相当額() 欄の費用徴収が「有」の場合は自己負担相当額() が三〇、〇〇〇円を超える自己負担が複数以上ある場合について記入して下さい。
4. () 被保険者が療養のあった月の属する年度(四月及び五月診療分については前年度)分の市区町村民税が課税されない場合は「三三、六〇〇円・三三、〇〇〇円・三三、〇〇〇円」のあるのは「一、一〇〇〇円・一、〇〇〇円」となります。
5. 欄は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について、該当する方に、印をつけ、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものを「有」の場合には具体的な制度名(を記入して下さい)を記入して下さい。
6. 自己負担相当額の一部について費用を徴収されたか否かについて該当する方に、印をつけて下さい。
7. 欄は病院等で請求を受けた額又は支払った額のうち、いわゆる保険診療分に係るものについてのみ記入し、特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いて下さい。ただし、その額が明確でないときは病院等で請求を受けた額又は支払った額を記入し、その旨を(内)に記入して下さい。なお、欄において費用徴収が「有」の場合は、当該徴収される費用の額又は徴収された費用の額を記入して下さい。
8. 申込書が市区町村民税を課せられない者又は生活保護法の要保護者であるときはその旨が明らかになる書類等を添付して下さい。