

|         |       |           |  |  |  |       |  |       |     |      |    |   |     |
|---------|-------|-----------|--|--|--|-------|--|-------|-----|------|----|---|-----|
|         |       |           |  |  |  |       |  |       |     | 整理番号 |    |   |     |
| 貸付決定決議書 | 同年月日  | 年 月 日     |  |  |  |       |  | 常務理事  | 事務長 | 課長   | 係長 | 係 | 入力  |
|         | 貸付決定額 |           |  |  |  |       |  |       |     |      |    |   |     |
|         | 決定期間  | 年 月 日 日間  |  |  |  |       |  |       |     |      |    |   | 照 合 |
|         |       |           |  |  |  |       |  |       |     |      |    |   |     |
|         | 算出基礎  | 別添内訳書のとおり |  |  |  |       |  | 備 考   |     |      |    |   |     |
|         |       |           |  |  |  |       |  |       |     |      |    |   |     |
|         |       |           |  |  |  | 貸付年月日 |  | 年 月 日 |     |      |    |   |     |

高 額 医 療 費 資 金 貸 付 申 込 書

( 年 月診療分)

|                                                                                                                                |                                                                                              |             |       |             |       |             |       |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄                                                                                                | 健康保険<br>被保険者等の<br>記号                                                                         |             |       | 事業所         | 名 称   |             |       |  |  |  |
|                                                                                                                                |                                                                                              | 番 号         |       |             | 所在地   |             |       |  |  |  |
|                                                                                                                                | 療養を受け<br>た方の<br>医療機関<br>を受けたの                                                                | 氏 名         |       |             |       |             |       |  |  |  |
|                                                                                                                                |                                                                                              | 生年月日        | 年 月 日 |             | 年 月 日 |             | 年 月 日 |  |  |  |
|                                                                                                                                |                                                                                              | 続 柄         |       |             |       |             |       |  |  |  |
|                                                                                                                                |                                                                                              | 名 称         |       |             |       |             |       |  |  |  |
|                                                                                                                                | 所在地                                                                                          |             |       |             |       |             |       |  |  |  |
|                                                                                                                                | 療養を受けた<br>期 間                                                                                | 年 月 日～ 日 日間 |       | 年 月 日～ 日 日間 |       | 年 月 日～ 日 日間 |       |  |  |  |
|                                                                                                                                | 請求を受けた額                                                                                      | 円           |       | 円           |       | 円           |       |  |  |  |
|                                                                                                                                | 名古屋薬業健康保険組合理事長 様<br>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。<br>年 月 日<br>住 所<br>被保険者 氏 名<br>TEL. ( ) ー |             |       |             |       |             |       |  |  |  |
| 事業主証明欄<br>高額医療費資金の貸付を申込みした上記の被保険者は、当事業所に勤務しており、<br>現に、療養中(していた)被保険者であることに相違ないことを証明します。<br>年 月 日<br>所 在 地<br>事 業 所 名 称<br>事業主氏名 |                                                                                              |             |       |             |       |             |       |  |  |  |

添付書類

1. 医療機関等からの療養に要する費用の内訳のある領収書、又は費用の内訳のある請求書を添付してください。

2. 申込者が市区町村民税の非課税者及び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を添付してください。

3. この申込書は、高額療養費支給申請書と同時に提出してください。

受付年月日