

							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 保 険 者	健康保険被保険者証の	記号		事業所	名称							
		番号			所在地							
保 険 者	受療養の方をの	氏名										
		生年月日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	
		続柄										
記 入 欄	医療機関を受けたの	名称										
		所在地										
事 業 主 証 明 欄	療養を受けた期間	年	月	日	～	年	月	日	～	年	月	日
	請求を受けた額				円				円			円
<p>名古屋薬業健康保険組合理事長 様</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">被保険者 氏名</p> <p style="text-align: center;">TEL. () ー</p>												
<p>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、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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">事業所 名称</p> <p style="text-align: center;">事業主氏名</p>												

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