

| ※健保記載 | | 支払(貸付)決議書 | | | |
|-----------|---------------------------|-----------|-----|---|---|
| 受付年月日 | 和暦 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |
| 伺年月日 | 和暦 年 月 日 | | | | |
| 決裁年月日 | 和暦 年 月 日 | | | | |
| 支払(貸付)年月日 | 和暦 年 月 日 | | | | |
| 貸付金決定額 | 円 | 備考 | | | |
| 決定期間 | 和暦 年 月 日 和暦 年 月 日(日間) | | | | |
| 算出基礎 | ※ 別 添 | | | | |

高額医療費資金貸付申込書 (和暦 年 月診療分)

| | | | |
|--|--|--|--|
| ①被保険者証の記号・番号 | 200-1234567 | ②事業所の名称 | ファイザー(株) |
| ③診療を受けた者の氏名 | 1. 健保 太郎 | 2. 健保 太郎 | 3. |
| ④療養を受けた者の生年月日 | 和暦 S50年1月23日 | 和暦 S50年1月23日 | 和暦 年 月 日 |
| ⑤被保険者との続柄 | 本人 | 本人 | |
| ⑥傷病名 | 〇〇〇〇 | 〇〇〇〇 | |
| ⑦療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地 | 名称 東京クリニック | 名称 東京クリニック | 名称 |
| | 所在地〒123-4567 新宿区西新宿 1-2-3 | 所在地〒123-4567 新宿区西新宿 1-2-3 | 所在地〒 |
| ⑧⑦の病院等で療養を受けた期間 | R元 年 5月 1日 から R元 年 5月 1日 まで 1日 | R元 年 5月 15日 から R元 年 5月 15日 まで 1日 | 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 |
| ⑨⑧の期間に受けた療養に対し病院等から請求を受けた額または支払った額 | 間 300,000 円 | 間 270,000 円 | 円 |
| ⑩他の制度により自己負担相当額また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 |
| 診療合計点数 | ⑪ 100,000 点 | ⑬ 90,000 点 | ⑮ 点 |
| 入院・通院の別 | ⑫ 1:入院 2:通院 | ⑭ 1:入院 2:通院 | ⑯ 1:入院 2:通院 |
| ⑰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 | | |
| | 健康保険組合支部名 | | |
| ⑱振込希望の銀行 | ABC 銀行 新宿 支店 普通 当座 No.1234567 | 口座名義 ケンポタロウ | |

ファイザー健康保険組合理事長 殿 高額医療費資金の貸付を上記の通り申し込みます。

和暦 R元 年 5月 20日

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3 フラテマンション 456

被保険者名

氏 名 健保 太郎

健保 印

電話 03 (5309) 9929