

[様式3]

※ 支 払 (貸 付) 決 議 書						
受 付 年 月 日	年 月 日					被 扶 養 者 台 帳 照 合 印
伺 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				
算 出 基 礎	年 月 日	考				

高額医療費資金貸付申込書

(年 月診療分)

①被保険者証の記号・番号		②事業所の 名 称	
③診療を受けた者の氏名	1.	2.	3.
④療養を受けた者の の 生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
⑤被 保 険 者 と の 続 柄			
⑥ 傷 病 名			
診療を受けた病 名 称			
⑦院・診療所等の 名称及び所在地	所在地		
⑧ ⑦ の 病 院 等 で 療 養 を 受 け た 期 間	年 月 日 から 日間 年 月 日 まで	年 月 日 から 日間 年 月 日 まで	年 月 日 から 日間 年 月 日 まで
⑨ ⑧の期間に受けた療養に 対し病院等から請求を受 けた額又は支払った額	円 ()	円 ()	円 ()
⑩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
⑪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	診 療 月		
	被保険者証の記号・番号		
⑫ 振 込 希 望 の 銀 行 名	銀行	支店 普通	口座番号 口座名義人
<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し込みます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>被保険者の 氏 名</p> <p>電話 ()</p> <p>聖隷健康保険組合理事長 様</p>			

2021年6月改訂