

※ 支 払 (貸 付) 決 定 決 議 書						
決 定 年 月 日	令 和 年 月 日	常 務 理 事	部 長	課 長	係 長	係 員
振 込 年 月 日	令 和 年 月 日					
貸 付 金 決 定 額	¥					
決 定 期 間	令 和 年 月 日	算 出 基 礎				
	令 和 年 月 日 日 間					

高額医療費資金貸付申込書 (令和 年 月受診分)

		②事業所の名称			
①被保険者証の記号・番号				⑪合算高額療養費の場合記入してください。	
③療養費を受けた者の氏名・生年月日・続柄		氏名 続柄 昭・平・令 年 月 日		氏名 続柄 昭・平・令 年 月 日	
④傷 病 名					
⑤療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地		名 称 所在地		名 称 所在地	
⑥ ⑤の病院等で療養を受けた期間		令和 年 月 日～ 日まで 入院・通院		令和 年 月 日～ 日まで 入院・通院	
⑦ ⑥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	
⑧他制度から自己負担額分の支給を受けられるか		・受けられる 費用徴収 有 ・受けられない 費用徴収 有 ・無		・受けられる 費用徴収 有 ・受けられない 費用徴収 有 ・無	
⑨今回申請の受診月以前1年間に受けた高額療養費		診 療 月 被保険者の記号・番号		— — —	
⑩振込銀行の口座 (フリガナ)		銀行・信用金庫 本店・支店		店 番 口 座 番 号 フリガナ 氏 名	

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。

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者 〒 - 住 所

氏 名 印 TEL () -