

# 貸 付 決 議 書

受 付 年 月 日	平成 年 月 日	決	理事長	常務理事	事務長	主 管	担 当 者
伺 年 月 日	平成 年 月 日						
決 裁 年 月 日	平成 年 月 日						
貸 付 年 月 日	平成 年 月 日						
貸 付 決 定 額	円		資 格 取 得		平成 年 月 日		
算 出 基 礎	円 × 0.8		資 格 喪 失		平成 年 月 日		
高 額 療 養 費 額 見 込 額	円 (別紙参照)		備 考				

\*上記枠内は記入しないで下さい。

## 高 額 医 療 費 資 金 貸 付 申 込 書

被保険者証の記号・番号	記 号	番 号	
事 業 所 の 名 称			
被 保 険 者 氏 名			
高 額 医 療 費 対 象 者	氏 名	続 柄	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
療養を受けた医療機関の名称・所在地	名 称		
	所 在 地		
療 養 を 受 け た 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ( ) 日間		
入 院 ・ 通 院 の 別	入 院 ・ 通 院	保 険 診 療 対 象 点 数	点
請 求 を 受 け た 額 又 は 支 払 額	円	医療機関が発行する費用の内訳のある請求書 又は領収書を裏面に添付してください。	
振込希望金融機関	銀行名	銀行・信用金庫・農協 支店	
	口座番号	普通預金・当座預金 No.	
	口座名		
<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 style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">被保険者の 氏 名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p style="text-align: center;">電 話 ( )</p> <p style="text-align: center;">日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿</p>			