

貸付決定	年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	
	支払年月日	令和 年 月 日				
	支払額	円				
決定期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	返済期日	令和 年 月 日	
算出基礎	円 × 0.8 = 円 = 円				未済額	
					返済額	

健康保険高額医療費資金貸付申込書

年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入	被保険者番号	氏名	事業所名		
	被保険者の 現住所	〒 電話 (局) 方 番			
	療養を受けた者	氏名	生年 月日	昭・平・令 年 月 日	続柄
	病院・診療所の 名称及び所在地	名称	所在地		
	上記病院等で療 養を受けた期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日 日間	左記期間に受けた 療養についての 請求額	円	
	傷病名	貸付希望額		円	
	振込 金融機関	銀行 支店	銀行口座 名義	口座 番号	普通・当座

高額医療費資金貸付（決定・不能）通知書

令和 年 月 日付で、 月療養分に係る高額医療費資金の借入申込については、
審査の結果下記の通り決定いたしましたのでご通知申し上げます。

- 貸付ます。
- 貸付できません。

事由

記

貸付決定金額									円
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	---

上記決定額は 月 日に、お渡し致しますから、同封の借用証書に所要事項を記入捺印の上、
折り返し組合宛送付して下さい。

令和 年 月 日

レンゴー健康保険組合
理事長 前田 盛明 印