|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  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　 日間 |  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 |  記号・番号 |  氏名 |   |  事業所名 |  |  |
|  |
| 　被保険者の 　現住所 |  〒 方 電話　　　 (　　　 局)　　　　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　　 　年　　月　　日 至　　 年　　月　　日　　日間 |  左記期間に受けた 療養についての |  円 |
|  傷　病　名 |  |  請求額 |  円 |
|  貸 付 希 望 | 額 |
|  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

 　　　　 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。

 記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  　１．貸付ます。 　２．貸付できません。 |  貸付決定金額 |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |
|  |

 事　　由

 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。

 　　　　　　　年　　月　　日

 レンゴー健康保険組合

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長　三　部　廣　美　　印