|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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