

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支払(貸付)年月日	年 月 日
貸付金決定額	円
算出基礎	自己負担額 負担限度額 () × 0.8 = 貸付額 :

決 裁	常務理事	事務長	課 長	担当者
標準報酬	千円			
資格取得	年 月 日			
資格喪失	年 月 日			

高額医療費資金貸付申込書

年 月 診療分

被保険者証の記号番号 または個人番号(マイナンバー)	—	事業所の名称	
被保険者の氏名		被保険者の生年月日	年 月 日
療養を受けた者の氏名	1.	2.	3.
療養を受けた者の生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
被保険者との続柄			
傷病名			
療養を受けた医療機関名			
上記医療機関で療養を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで の間に 日間	年 月 日から 年 月 日まで の間に 日間	年 月 日から 年 月 日まで の間に 日間
入院・外来の別	入院 ・ 外来	入院 ・ 外来	入院 ・ 外来
医療機関住所			
医療機関から請求を受けた額 または支払った額 ※請求書もしくは領収書の 写しを添付してください。	円 ※21,000円以上のもののみ記入	円 ※21,000円以上のもののみ記入	円 ※21,000円以上のもののみ記入
他の制度により自己負担相当額 またはその一部の支給をう けられるかどうか	受けられる・受けられない	受けられる・受けられない	受けられる・受けられない
今回申請の診療月以前1年間に 高額療養費の支給を3回以上 受けた場合、 その直近の診療年月 健康保険組合名 保険証の記号-番号	診療年月： 年 月 健康保険組合名 保険証記号-番号	診療年月： 年 月 健康保険組合名 保険証記号-番号	診療年月： 年 月 健康保険組合名 保険証記号-番号
振込希望の銀行 (被保険者口座)	銀行 支店 普通 当座 (口座名義人：)		
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。 年 月 日			
被保険者の住所 〒 — 氏名			
ナイスグループ健康保険組合理事長 殿			