

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
記入見本	年 月 日
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

令和1年 5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)	8001 - 9880		事業所の名称	木住株式会社
被保険者の氏名	素適 美樹		被保険者の生年月日	S56年 11月 1日
療養を受けた者の氏名	1. 素適 美樹	2.	被保険者証の記号番号を記入した場合、個人番号の記入は不要です。 ※個人番号を記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。	
療養を受けた者の生年月日	S56年 11月 1日			
被保険者との続柄	本人			
傷病名	腸閉塞			
療養を受けた医療機関名	ナイス総合病院			
上記医療機関で 療養を受けた期間	R1年 5月 4日から R1年 5月 12日まで の間に 9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
医療機関住所	横浜市鶴見区鶴見中央 714			
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。	130,800 円 ※21,000 円以上のもののみ記入		円	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	被保険者口座を 記入してください (口座名義人:ステキ ミキ)
振込希望の銀行 (被保険者口座)	普通 当座	ナイス 銀行 鶴見中央 7654321	支店	
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。 令和1年 5月 20日				
被保険者の住所 〒230-0051 横浜市鶴見区鶴見中央 710 氏名 素適 美樹				
ナイスグループ健康保険組合理事長 殿				