

常務理事	事務長	保健事業 課長	課長補佐	主任補佐	係

合 議	
業務担当 責任者	業務担当

高額医療費資金貸付申込書 兼 請求書

(平成 年 月診療分)

受 付 日		貸 付 番 号	—
標 準 報 酬 月 額	千円	一般・上位所得者・低所得者・多数該当・合算	
算 出 基 礎	円 — 円 = 円		
	円 × 0.8 = 円 , 000円		
貸 付 決 定 額	円	貸 付 決 定 日	平成 年 月 日

健 康 保 険 被 保 険 者 証	記号		番号		所属長 証明印		
高 額 療 養 費 対 象 者	氏名		被保険者 との続柄		氏名		被保険者 との続柄
	生年月日	昭・平 年 月 日生			生年月日	昭・平 年 月 日生	
医 療 機 関 名							
医 療 機 関 の 所 在 地 ・ 連 絡 先	〒 (電話 — —)			〒 (電話 — —)			
医 療 機 関 請 求 額 または 支 払 額	円 (医療費請求証明書を添付)			円 (医療費請求証明書を添付)			
保 険 診 療 対 象 総 点 数	点 入院・通院・調剤			点 入院・通院・調剤			

上記の高額医療費資金の貸付を申し込みます。
なお、貸付金が交付される際は、下記へ振り込んでください。

平成 年 月 日

被保険者 現住所 〒

氏 名 (印) 勤務先

振 込 先 銀行・農協 本店
..... 信用金庫・組合 支店・出張所

普通・当座 口座番号 (フリガナ) 口座名義人

医療費請求証明書

(高額医療費貸付事業用)

受診者

.....殿

貴殿の保険診療費を次のとおり証明します。

該当診療月	平成 年 月分		
診療期間	月 日から 月 日まで 日間		
保険診療対象総点数	点	医科・歯科・調剤	入院・外来
健康保険被保険者証	記号	番号	本人・家族

平成 年 月 日

医療機関の所在地

名称

代表者名

印

- (注) 1. この請求証明書は、高額医療費資金貸付のために使用するものです。
2. この請求証明書は、診療月（同一月内）ごとに、医科・歯科・調剤、入院・外来別に、保険診療対象総点数を記入してください。
3. 記入にあたってご不明の点は、名古屋鉄道健康保険組合にお問い合わせください。

(電話 052-551-6131)

高額医療費資金借用書

名古屋鉄道健康保険組合
理事長 殿

金額					0	0	0	円
----	--	--	--	--	---	---	---	---

私は、「高額医療費資金貸付規程」に基づく資金を、上記のとおり借用しました。

借用のうえは、同資金貸付規程を守り、返済いたします。

平成 年 月 日

借受人	(住所)
	(氏名) 印

保証人	(健康保険証記号・番号)
	(氏名) 印

- (注) 1. 任意継続被保険者に限り、保証人を必要とする。
2. 保証人の資格は、当組合の在職中の被保険者で、
加入期間が10年以上である者。

◎貸付金の入金確認後、速やかにご提出ください。