

※欄は記入しないでください。

※ 支払(貸付)決議書				起案			
伺 年 月 日		支払(貸付)年月日		年 月 日		年 月 日	
貸付金決定額		決定期間		年 月 日 ()日間		年 月 日 ()日間	
算定基礎		診療点数×10円 自己負担額 ()円×()=()円		$\left. \begin{array}{l} 150,000円 + (\text{診療点数} \times 10円 - 500,000) \times 1\% \\ 83,400円 \\ 80,100円 + (\text{診療点数} \times 10円 - 267,000) \times 1\% \\ 44,400円 \\ 35,400円 \quad 12,000円 \\ 24,600円 \quad 10,000円 \\ 15,000円 \quad 8,000円 \end{array} \right\} \times 0.8$			
常務		事務長		課長		係長	
						標準報酬月額	千円

被保険者
被扶養者 健康保険高額医療費資金貸付申込書(年 月診療分)
世帯合算

① 被保険者証記号		番号		②被保険者氏名			
③ 事業所の名称							
④療養を受けた方の氏名		続柄		続柄		続柄	
生年月日及び続柄		年 月 日 柄		年 月 日 柄		年 月 日 柄	
⑤療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称・所在地		名称・所在地		名称・所在地		名称・所在地	
⑥ 傷病名							
⑦ ⑤の病院等で療養を受けた期間及び入院・通院の区分		年 月 日 日間 入院 通院		年 月 日 日間 入院 通院		年 月 日 日間 入院 通院	
⑧ ⑦の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額		円		円		円	
⑨他の制度により自己負担相当額の支給を受けられるかどうか		受けられる・受けられない 受けられる場合は制度名及び費用徴収の有無 制度名()費用徴収(有・無)		受けられる・受けられない 受けられる場合は制度名及び費用徴収の有無 制度名()費用徴収(有・無)		受けられる・受けられない 受けられる場合は制度名及び費用徴収の有無 制度名()費用徴収(有・無)	
⑩今回申請診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けた場合		受けた 受けない		受けたときはその直近の診療月 年 月 診療分			
⑪貸付金の振込先	金融機関名	銀行 支店		⑫事業主が証明する欄 上記のとおり相違ないことを証明します 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 印			
	口座の種類	普通 当座					
	(フリガナ)						
	口座名義人						
	口座番号						

上記のとおり申込みます。

平成 年 月 日 被保険者 住所 _____
氏名 _____ 印 _____

愛知県情報サービス産業健康保険組合 御中

医療費請求書

(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請求します。

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・調剤薬局
所 在 地

名 称

代 表 者 氏 名

印

- (注) 1. この請求書は、高額医療費資金貸付のために使用するものです。
2. この請求書は、医療を受けたものごとに同一月の医科・歯科(総合病院にあつては診療科別)入院・外来別に保険診療対象総得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、愛知県情報サービス産業健康保険組合にお問い合わせください。
(電話 052-222-6550)

高額医療費資金借用書

愛知県情報サービス産業健康保険組合 理事長 殿

金

--	--	--	--	--	--	--	--

円

私は、愛知県情報サービス産業健康保険組合「高額医療費資金貸付規定」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、同資金貸付規定を守り返済いたします。

平成 年 月 日

借受人

住所

氏名

印