

常務理事				係	
------	--	--	--	---	--

支払 決議 書	同年月日		決定年月日	
	決定金額		返済予定日	
	支払の基礎	$\times 80 / 100 =$		

高額医療費資金借入申込書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	〇〇〇-〇〇〇〇〇	被保険者の氏名	健保 太郎
	現住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1		
	事業所の名称	〇〇〇〇〇〇株式会社		
	支払金額	〇〇〇〇〇〇円		
	資金使途	高額療養費の一部負担金に充当		
	受診者名	健保 愛子	続柄	妻
	受診年月	〇〇年 〇〇月	該当病院名	〇〇〇〇病院
	払渡希望銀行	〇〇銀行	〇〇支店	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇

上記のとおり申請いたします。

ミツバ健康保険組合
理事長

殿

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1
氏名 健保 太郎



金銭借用証書

一、金 ○○○○○○ 円也

上記の金額を、私 健保 太郎 は本日たしかに借り受け、受領いたしました。
借受金は、高額療養費が支給された日に、貴組合に返還いたします。

なお、借入期間中に下記の理由が発生した場合は、借受人は貸主の指示に従い、債務履行の責に任じます。

1. 高額療養費の額が貸付金の額に満たないときは、その差額分については理事長の指定する日までとする。
2. 理事長は借受人が、偽りの申し込み、または不正の手段により貸し付けを受けたときは、ただちに償還させるものとする。
3. 理事長は、当該貸付金に係る高額療養費が不支給となったことを知ったときは、期日を指定して償還させるものとする。

本書を金銭借用の証として、差し入れいたします。

平成 ○○年 ○○月 ○○日

借受人 住所 ○○県○○市○○町1-1
氏名 健保 太郎

健保

ミツバ健康保険組合

理事長 殿

ミツバ健発 第 号
平成 年 月 日

貸付決定通知書

事業所名
被保険者 _____ 殿

被保険者証記号・番号 _____

貸付期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日

資金使途 高額療養費の一部負担金に充当 (月診療分)

貸付金額 一、金 _____ 円也

月 日付で申請のありました資金について、上記のとおり融資いたしました。

つきましては、同封送付致しました金銭借用証書に署名、押印のうえ当組合あてご返送ください。

ミツバ健康保険組合
理事長

印