

No. \_\_\_\_\_

年 月 日

殿

健康保険組合

理事長

印

## 高額医療費資金貸付可否決定通知書

年 月 日付貸付申込みのあった上記についての貸付額は、下記のとおり決定しましたので通知します。

なお、当該診療月分の高額医療費をお支払する際は、下記貸付額を差引いてお支払いたします。

記

診療月 年 月診療分

1. 下記金額を貸付けます。

(イ) 貸付決定額 ..... 円也

(ロ) 貸付年月日 年 月 日

2. 下記の理由により貸付できません。

理 由