

※ 支 払 (貸 付) 決 議 書						
受 付 年 月 日	年 月 日	常務理事	事 務 長	業務課長	係	
伺 年 月 日	年 月 日					
決 裁 年 月 日	年 月 日					
支 払 (貸 付) 年 月 日	年 月 日					
貸 付 金 決 定 額						
決 定 期 間	年 月 日 (日間)	備				
算 出 基 礎		考				

高額医療費資金貸付申込書

(年 月診療分)

①被保険者等記号・番号		②事業所の 名 称	
③診療を受けた者の氏名	1.	2.	3.
④療養を受けた者の の 生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
⑤被保険者との続柄			
⑥傷 病 名			
診療を受けた病 ⑦院・診療所等の 名 称及び所在地	名 称 電話 ()	電話 ()	電話 ()
⑧ ⑦ の 病 院 等 で 療 養 を 受 け た 期 間	年 月 日から 日間 年 月 日まで	年 月 日から 日間 年 月 日まで	年 月 日から 日間 年 月 日まで
⑨ ⑧の期間に受けた療養 に対し病院等から請求を 受けた額又は支払った額	円	円	円
⑩他の制度により自己負担 相当額又はその一部の支 給を受けられるかどうか	受 け ら れ る (制度名) (費用徴収の 有 ・ 無) 受けられない	受 け ら れ る (制度名) (費用徴収の 有 ・ 無) 受けられない	受 け ら れ る (制度名) (費用徴収の 有 ・ 無) 受けられない
⑪前12か月中に高額療養費 の支給を3回以上受けた 場合、その直近の診療月		1回目	2回目
	診療月	年 月	年 月
⑫振込希望の金融機関	銀行・信金 信組・農協	本店 支店	普通 当座 (口座番号) 口座名義(カタカナ)
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。			
年 月 日			
住 所			
被保険者の		電 話 ()	
氏 名		千葉県機械金属健康保険組合理事長 殿	

【記入上の注意】

1. 高額療養費資金貸付制度は、高額療養費に該当する方のみ申し込みが出来ます。
2. この申込書は、診療月ごとに作成し、資金貸付の申し込みをする診療月を右上に記入してください。
3. ⑨支払った額は、受診者ごとに医療機関別、入院・外来別に窓口負担額が21,000円を超える保険診療にかかる支払額を記入してください。なお、食事負担額や差額ベッド代等の保険適用外の金額は除いてください。
4. ⑩欄は、前12ヵ月中に高額療養費の支給を3回以上の受けた場合に、記入してください。
5. ⑥傷病名が外傷の場合は、併せて「負傷原因届」を提出してください。

【添付書類】

1. 医療機関で支払った費用の内訳のある領収書を添付してください。
2. 住民税の非課税世帯である場合は、市町村民税の非課税証明書を添付してください。

【貸付金額】

高額療養費の支給見込額の80%（1,000円未満は切り捨て）

【精算方法】

高額療養費の給付金より、貸付金額を差引いた額をお支払いいたします。尚、医療費の減額などにより高額療養費が不支給となったり、支給額が減額されたことにより相殺ができない場合は、相当分をお返しいただきますのでご了承ください。