

|             |  |  |   |  |  |   |   |  |   |                 |  |       |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |
|-------------|--|--|---|--|--|---|---|--|---|-----------------|--|-------|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|--|--|
| ※           |  |  |   |  |  |   |   |  |   | 支 払 (貸 付) 決 議 書 |  |       |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |
| 受 付 年 月 日   |  |  | 年 |  |  |   | 月 |  |   | 日               |  |       |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被 扶 養 者<br>台 帳 照 合 |  |  |
| 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<br>考 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |
| 算 出 基 礎     |  |  |   |  |  |   |   |  |   |                 |  |       |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |

高 額 医 療 費 資 金 貸 付 申 込 書 ( 年 月診療分)

|                                                                                      |  |                                             |  |              |  |                                             |  |        |  |                                             |  |         |  |   |  |        |  |         |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|--------------|--|---------------------------------------------|--|--------|--|---------------------------------------------|--|---------|--|---|--|--------|--|---------|--|
| ①被保険者等の記号・番号                                                                         |  | 第 号                                         |  | ②事業所の<br>名 称 |  |                                             |  |        |  |                                             |  |         |  |   |  |        |  |         |  |
| ③ 診療を受けた者の氏名                                                                         |  | 1.                                          |  |              |  | 2.                                          |  |        |  | 3.                                          |  |         |  |   |  |        |  |         |  |
| ④療養を受けた者の生年月日                                                                        |  | 大・昭・平・令 年 月 日                               |  |              |  | 大・昭・平・令 年 月 日                               |  |        |  | 大・昭・平・令 年 月 日                               |  |         |  |   |  |        |  |         |  |
| ⑤ 被 保 険 者 と の 続 柄                                                                    |  |                                             |  |              |  |                                             |  |        |  |                                             |  |         |  |   |  |        |  |         |  |
| ⑥ 傷 病 名                                                                              |  |                                             |  |              |  |                                             |  |        |  |                                             |  |         |  |   |  |        |  |         |  |
| ⑦療養を受けた<br>病院・診療所等の<br>名称及び所在地                                                       |  | 名 称                                         |  | 電話 ( )       |  |                                             |  | 電話 ( ) |  |                                             |  | 電話 ( )  |  |   |  |        |  |         |  |
|                                                                                      |  | 所 在 地                                       |  | 〒            |  |                                             |  | 〒      |  |                                             |  | 〒       |  |   |  |        |  |         |  |
| ⑧ ⑦ の 病 院 等 で<br>療 養 を 受 け た 期 間                                                     |  | 年 月 日から<br>年 月 日まで 日間                       |  |              |  | 年 月 日から<br>年 月 日まで 日間                       |  |        |  | 年 月 日から<br>年 月 日まで 日間                       |  |         |  |   |  |        |  |         |  |
| ⑨⑧の期間に受けた療養に<br>対し病院等から請求を<br>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<br>相当額又はその一部の支給を<br>受けられるかどうか                                           |  | 受けられる<br>(制度名 )<br>(費用徴収の 有 ・ 無 )<br>受けられない |  |              |  | 受けられる<br>(制度名 )<br>(費用徴収の 有 ・ 無 )<br>受けられない |  |        |  | 受けられる<br>(制度名 )<br>(費用徴収の 有 ・ 無 )<br>受けられない |  |         |  |   |  |        |  |         |  |
| 診 療 合 計 点 数                                                                          |  | ⑪                                           |  |              |  | 点                                           |  | ⑬      |  |                                             |  | 点       |  | ⑮ |  |        |  | 点       |  |
| 入 院 ・ 通 院 の 別                                                                        |  | ⑫                                           |  | 1 : 入院       |  | 2 : その他                                     |  | ⑭      |  | 1 : 入院                                      |  | 2 : その他 |  | ⑯ |  | 1 : 入院 |  | 2 : その他 |  |
| ⑰前 12 ヶ月中に高額療養費の<br>支給を 3 回以上受けた場合、<br>その直近の診療月、被保険者<br>証の記号・番号及び支給を<br>受けた健康保険組合支部名 |  | 診 療                                         |  | 月            |  |                                             |  |        |  |                                             |  |         |  |   |  |        |  |         |  |
|                                                                                      |  | 被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号                         |  |              |  |                                             |  |        |  |                                             |  |         |  |   |  |        |  |         |  |
|                                                                                      |  | 健 康 保 険 組 合 支 部 名                           |  |              |  |                                             |  |        |  |                                             |  |         |  |   |  |        |  |         |  |
| ⑱振 込 希 望 の 銀 行                                                                       |  | 銀行 支店 (普通・当座 第 号)                           |  |              |  |                                             |  |        |  |                                             |  | 口座名義    |  |   |  |        |  |         |  |

高額医療費資金の貸付け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 氏 名

電話 ( )

セイコー健康保険組合理事長 殿

〔記入上の注意〕

1. ※印は記入しないでください。
2. この申込書は、診療月ごとに作成してください。
3. (イ) ③欄～⑨欄は、同一月に医療機関別、入院・通院別に自己負担額が80,100円（標準報酬月額が53万円以上の場合は、150,000円）を超える自己負担がある場合又は同一月に医療機関別、入院・通院別の自己負担相当額（⑩欄の費用徴収が「有」の場合は、自己負担相当額が、21,000円を超える自己負担が複数以上ある場合について記入してください。  
（ロ）被保険者が療養のあった月の属する年度（4月及び5月診療分については前年度）分の市区町村民税が課税されていない場合又は療養のあった月の属する年度において生活保護法の要保護者である場合は、（イ）の80,100円とあるのは「35,400円」となります。
4. ⑩欄は、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について、該当する方に○印をつけ、受けられる場合は具体的制度名を記入して下さい。又、自己負担相当額の一部について費用を徴収されたか否かについて該当する方に○印をつけて下さい。
5. ⑨欄は病院等で請求を受けた額又は支払った額のうち、いわゆる保険診療分に係るものについてのみ記入し、特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いて下さい。ただし、その額が明確でないときは病院等で請求を受けた額又は支払った額を記入し、その旨を（ ）内に記入して下さい。なお、⑩欄において費用徴収が「有」の場合は、当該徴収される費用の額又は徴収された費用の額を記入して下さい。

（添付書類）

1. この申込書には病院等からの療養に要する費用の内訳のある請求書又は領収書を添付してください。
2. 申込書が市区町村民税を課せられない者又は生活保護法の要保護者であるときはその旨が明らかになる書類等を添付して下さい。