

# 高額医療費資金貸付規程支給細則

## 神奈川県電子電気機器健康保険組合 高額医療費資金貸付規程支給細則

**第1条** この細則は、高額医療費資金貸付規程中の様式を定めたものである。

**第2条** 貸付を受けようとする者（以下「申込者」という。）は、様式1. により申し込むものとする。

**第3条** 申込者は、前条の申込書と様式2. による申請書を組合に提出するとともに、当組合理事長を代理人とした受領に関する委任を行うものとする。

**第4条** 貸付けの可否については、様式3. により通知するものとする。

**第5条** 前条により貸付決定通知書を受領したときは、様式4. に収入印紙貼布し、割印のうえ、当組合理事長に対し提出するものとする。

※ 支払（貸付）決議書							
受付年月日	年 月 日	常務理事	理事	事務長	課長	係長	係員
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						
貸付決定金額	.....						
決定期間	年 月 日（日間）	備考					
算出基礎							

### 高額医療費資金貸付申込書

（ 年 月 診療分）

① 被保険者証の 記号番号	第 号	② 事業所の名称	
③ 療養を受けた者の 氏名	1.	2.	3.
④ 療養を受けた者の 生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日
⑤ 被保険者との 続柄			
⑥ 傷病名			
⑦ 療養を受けた 病院・診療所等 の名称及び所在地	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 ヶ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、被保険者証の記 号・番号及び支給を受けた健康保 険組合支部	診療月		
	被保険者証の 記号・番号	第 号	第 号
	健康保険組合支 部名		
⑫ 振込希望の銀行名 （被保険者名義にかぎる）	銀行 支店（普通 第 号） 当座		
<p>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込みます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 被保険者の 氏名</p> <p>電話（ ） 印</p> <p>神奈川県電子電気機器健康保険組合理事長 殿</p>			

【添付書類】

- 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下さい。
- 申込書が市長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。

支給決定 伺	決裁年月日	平成 年 月 日	起案年月日	平成 年 月 日				
	支給決定金額	金 円	常務理事	理事	事務長	課長	係長	係
	支給期間	年 月 日						
		年 月 日						
	資格取得	年 月 日	支給区分 単 ・ 合 ・ 多					
資格喪失	年 月 日							

## 健康保険 被保険者 高額療養費支給申請書

( 年 月 診療分)

① 被保険者証の 記号番号		② 事業所の名称		
③ 被保険者の 氏名		④ 被保険者の 生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
⑤ 療養を受けた者の 氏名	1	2	3	
⑥ 療養を受けた者の 生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	
⑦ 被保険者との 続柄				
⑧ 傷病名				
⑨ 療養を受けた 病院・診療所等 の名称及び所在地	名称			
	所在地			
⑩ ⑨の病院等で療養を 受けた期間	年 月 日から 日間 同 月 日まで	年 月 日から 日間 同 月 日まで	年 月 日から 日間 同 月 日まで	
⑪ ⑩の期間に受けた療養に 対し病院等で支払った額	円 ( )	円 ( )	円 ( )	
⑫ 他の制度により自己負担額 相当額またはその一部の 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	
⑬ 今回申請の診療月以前 1年間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、被保険者証の 記号番号、事業所の名称、 所在地及び、支給を受けた 社会保険事務所又は組合名	診療月	1 年 月 診療分	2 年 月 診療分	3 年 月 診療分
	被保険者証の 記号番号			
	事業所名			
	所在地			
社 会 保 険 事 務 所				
上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の住所 氏名 印				

委任状	⑭ 私は、神奈川県電子電気機器健康保険組合 理事長 下田達郎 を代理人と定め、次の権限を委任する。 年 月 日請求した高額療養費の受領に関すること。
被保険者	住所 〒 氏名 印
代理人	住所 〒220-0002 横浜市西区南軽井沢11-1 氏名 神奈川県電子電気機器健康保険組合 理事長 下田達郎

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

年 月 日

殿

神奈川県電子電気機器健康保険組合  
理事長 ㊟

### 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

## 高額医療費資金借用証書



神奈川県電子電気機器健康保険組合

理事長 殿

金 額						円
-----	--	--	--	--	--	---

但し、高額医療費資金貸付金として上記のとおり  
借用しました。

年 月 日

借 受 人

住 所

氏 名

印

(事業所名)

(記号)

(番号)

〔 健康保険組合高額医療費資金貸付規程を遵守し、  
高額医療費の支給をもって返済します。 〕

※ 収入印紙は次の額に応じて貼付の上、割印してください。

10万円以下 … 200円。10万円～50万円以下 … 400円。

50万円～100万円以下 … 1,000円。100万円～500万円以下 … 2,000円