

|                           |                                     |     |       |        |
|---------------------------|-------------------------------------|-----|-------|--------|
| 貸付決定伺                     |                                     |     |       |        |
| 年                         | 月                                   | 日   | 決定    | 会長     |
| 専務理事                      | 係                                   | 扱   |       |        |
| 決定(診療)期間                  | から                                  | 年   | 月     | 日      |
|                           | (                                   | 日間) |       |        |
| 算定基礎                      | 医療費請求書の金額-自己負担限度額=高額療養費支給見込額 _____円 |     |       |        |
|                           | { (                                 | 円)  | - (   | 円)     |
|                           | × 0.8 =                             | 貸付額 | _____ | 円      |
| 自己負担限度額                   | 基本原則・市町村民税非課税・世帯合算・多数該当             |     |       | _____円 |
| 貸付決定額(高額療養費支給見込額×0.8)     | _____円                              |     |       |        |
| 限度額100万円、1,000円未満の端数は切り捨て |                                     |     |       | 000円   |

**高額医療費貸付金貸付申込書** (申込 第 \_\_\_\_\_ 回目)  
( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月診療分)

|   |                      |          |       |        |
|---|----------------------|----------|-------|--------|
| 申込者記入欄  |                      |          |       |        |
| 貸付申込額   | 上限100万円、1,000円未満切り捨て |          |       | 000円   |
| 申込額の算定式   |                      |          |       |        |
| ①医療費請求書の金額  | _____円               |          |       |        |
| ②自己負担限度額  | _____円               |          |       |        |
| 貸付申込額= (①-②) × 0.8                                      | 上限100万円、1,000円未満切り捨て | _____    | _____ | _____円 |
| 被保険者証の<br>記号・番号   | -                    | 事業所名     |       |        |
| フリガナ  |                      | 被保険者生年月日 | 昭和    | 平成     |
| 被保険者氏名  |                      |          | 令和    | _____日 |
|   | 年                    | 月        | 日     |        |
| 北海道コンピュータ関連産業共済会高額医療費貸付規定により貸付を受けたいので、<br>上記のとおり申し込みます。 |                      |          |       |        |
|   | 年                    | 月        | 日     |        |
|   | 被保険者<br>(申込者)        | 住所       | 〒     | -      |
|   | 氏名                   | _____    |       |        |
|   |                      | 電話番号     | (     | )      |
|   |                      |          | -     | _____  |
| 北海道コンピュータ関連産業共済会<br>会長 中村 真規 様                          |                      |          |       |        |
| 払込希望<br>金融機関<br>(被保険者名義)                                | 銀行                   | 本店・支店    | 口座番号  |        |
|   | 信用金庫                 | (普・当)    | _____ |        |

太枠内をご記入ください。

- (高額療養費の支給要件)  
 1人あたり、1医療機関、入院・外来別、保険診療(入院時食事生活療養費を除く)、1ヵ月(1日~末日)の自己負担額が、  
 ○自己負担限度額を超えた場合  
 ○21,000円を超えるもの(70歳以上の方は金額不問)が同一世帯(被保険者・被扶養者)に複数件あり、それらを合算して  
 自己負担限度額を超えた場合

※入院時食事代、保険外診療(差額ベッド代、文書料等)は除きます。

|       | 所得区分          | 自己負担限度額                      | 多数該当 ※   |
|-------|---------------|------------------------------|----------|
| 70歳未満 | 標準報酬月額83万円以上  | 252,600円+(医療費総額-842,000円)×1% | 140,100円 |
|       | 標準報酬月額53~79万円 | 167,400円+(医療費総額-558,000円)×1% | 93,000円  |
|       | 標準報酬月額28~50万円 | 80,100円+(医療費総額-267,000円)×1%  | 44,400円  |
|       | 標準報酬月額26万円以下  | 57,600円                      | 44,400円  |
|       | 低所得者(住民税非課税)  | 35,400円                      | 24,600円  |

※多数該当は、直近12ヵ月で4回目以降の自己負担限度額

○不明な点は、共済会事務局までお問い合わせください。

事前に請求書(または領収書)を事務局までメールまたはFAXいただければ、貸付額を計算します。

## 高額医療費貸付金借用書

北海道コンピュータ関連産業共済会

会 長 中 村 真 規 様

|      |  |  |  |  |   |   |   |   |
|------|--|--|--|--|---|---|---|---|
| 借受金額 |  |  |  |  | 0 | 0 | 0 | 円 |
|------|--|--|--|--|---|---|---|---|

上記の金額を、高額医療費貸付金貸付規定により借用しました。  
返済は、貴共済会に受領を委任した 年 月分の高額療養費を  
もって行き、不足額があるときは直ちに返済します。

年 月 日

貸付申込者 住所 千 一  
(被保険者) 氏名 印

※自署の場合は押印不要です。

|          |          |      |  |  |  |  |  |  |      |       |    |    |   |
|----------|----------|------|--|--|--|--|--|--|------|-------|----|----|---|
| ※健保組合使用欄 | 取得<br>喪失 | 支給金額 |  |  |  |  |  |  | 決定   | 年 月 日 |    |    |   |
|          |          |      |  |  |  |  |  |  | 常務理事 | 事務長   | 課長 | 主任 | 扱 |

被保険者  
健康保険 被扶養者 高額療養費支給申請書 (第 回目) 貸付用  
世帯合算

|             |              |         |            |   |
|-------------|--------------|---------|------------|---|
| 被保険者(申請者)情報 | 被保険者証の記号・番号  | 記号      | 番号         | 生年月日  |
|             | 氏名           | (フリガナ)  |            | 1. 昭和<br>2. 平成 年 月 日<br>3. 令和                                 |
|             | 住所           | (〒 - )  | 都 道<br>府 県 | 家族(被扶養者)の方が受診した場合も申請者は被保険者となります。被保険者の氏名、生年月日、住所などの情報をご記入ください。 |
|             | 電話番号(日中の連絡先) | TEL ( ) |            |   |

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

|         |        |   |                              |         |                       |
|---------|--------|---|------------------------------|---------|-----------------------|
| 振込先指定口座 | 金融機関名称 | 北洋  | 銀行 金庫 信組<br>農協 漁協<br>その他 ( ) | 札幌駅南口   | 本店 支店<br>出張所<br>本所 支所 |
|         | 預金種別   | 1. 普通 3. 別段<br>2. 当座 4. 通知                            | 口座番号                         | 3815493 |                       |
|         | 口座名義   | ▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) |                              | 口座名義の区分 | ・代理人                  |

ホッカイドウコンピュータカンレンサンギョウキョウサイカイ  
ダイヒョウ ナカムラマサキ

必ず記入してください。

|         |            |                                |  |       |
|---------|------------|--------------------------------|--|-------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者       | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 |  | 年 月 日 |
|         | 代理人(口座名義人) | 住所                             | 北海道札幌市中央区大通西16丁目1番24                             |       |
|         |            | 住所                             | (フリガナ) ホッカイドウコンピュータカンレンサンギョウキョウサイカイダイヒョウ ナカムラマサキ |       |
|         |            | 氏名                             | 北海道コンピュータ関連産業共済会代表 中村真規                          |       |

「申請者記入用」は裏面ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です  
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

受付日付印

表面

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

被保険者氏名

|                           |   |   |                         |                         |
|---------------------------|---|---|-------------------------|-------------------------|
| 申請内容                      | 1 診療月   | 年 月 日 [左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、薬局、入院・通院 別等)にご記入ください。] |                         |                         |
|                           | 2 受診者   | 1. 被保険者<br>2. 家族(被扶養者)                              | 1. 被保険者<br>2. 家族(被扶養者)  | 1. 被保険者<br>2. 家族(被扶養者)  |
|                           |   | 氏名  |                         |                         |
|                           | 家族の場合はその方の  | □ 昭和 □ 平成 □ 令和<br>生年月日                              | □ 昭和 □ 平成 □ 令和<br>年 月 日 | □ 昭和 □ 平成 □ 令和<br>年 月 日 |
| 3 療養を受けた医療機関・薬局の          | 名称  |   |                         |                         |
|                           | 所在地   |   |                         |                         |
| 療養の内容などについて               | 4 傷病名<br><small>ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。</small> |   |                         |                         |
|                           | 療養を受けた期間  | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで                                | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで    | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで    |
|                           | 入院通院の別  | 1. 入院<br>2. 通院・その他                                  | 1. 入院<br>2. 通院・その他      | 1. 入院<br>2. 通院・その他      |
| 医療機関等で支払った金額などについて        | 5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)                          | 円   | 円                       | 円                       |
|                           | 自己負担額が不明の場合は支払った総額                                  | 円   | 円                       | 円                       |
| 6 他の公的年金から、医療費の助成を受けていますか | 1. はい<br>2. いいえ                                     | 1. はい<br>2. いいえ                                     | 1. はい<br>2. いいえ         | 1. はい<br>2. いいえ         |
|                           | はいの場合<br>助成を受けた制度の名称                                |   |                         |                         |
|                           | 自己負担分の助成の内容   | 1. 全額助成<br>2. 一部自己負担あり                              | 1. 全額助成<br>2. 一部自己負担あり  | 1. 全額助成<br>2. 一部自己負担あり  |

1の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近3か月分の診療月をご記入ください。

7 診療月

1 年 月

2 年 月

3 年 月

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。(4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。)

市区町村長が証明する欄 当該被保険者は\_\_\_\_\_年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名

印

※ 健保使用欄【算定基礎】

|              |                              |       |                     |
|--------------|------------------------------|-------|---------------------|
| 標準報酬月額<br>千円 | 診療点数×10円                     | 自己負担額 | 診療点数×10円            |
| ( )          | ( ) × $\frac{123}{10} =$ ( ) | ( )   | 252,600円 + ( ) × 1% |
| 所得区分         | ( ) × $\frac{123}{10} =$ ( ) | ( )   | 167,400円 + ( ) × 1% |
| ( )          | ( ) × $\frac{123}{10} =$ ( ) | ( )   | 80,100円 + ( ) × 1%  |
|              |                              |       | 140,100円 93,000円    |
|              |                              |       | 57,600円 44,400円     |
|              |                              |       | 35,400円 24,600円     |
|              |                              |       | 15,000円 14,000円     |
|              |                              |       | 8,000円              |
|              |                              |       | 20,000円 10,000円     |