（貸付１－１）

貸付決定伺					
年　月　日　決定		会長	専務理事	係	扱
決定（診療）期間	年　月　日 から　（　日間） 年　月　日				

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） 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＿＿＿，０００円

被保険者証の記号・番号	－	事業所名	
フリガナ 被保険者氏名		被保険者生年月日	昭和・平成・令和 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、
上記のとおり申し込みます。

年　月　日

被保険者（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
会長　中村　真規　様

払込希望金融機関（被保険者名義）	＿＿＿＿銀行　信用金庫　＿＿＿＿　本店・支店（普・当）　口座番号

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。

北海道コンピュータ関連産業共済会　〒060-0042北海道札幌市中央区大通西１６丁目１-２４
TEL（０１１）６３３－８３５３　FAX（０１１）６３３－８３７３ hckyosaikai@hckenpo.jp

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い、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

（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									決 定	年 月 日			
・ ・ 取得	支給金額								常務理事	事務長	課長	主任	扱
・ ・ 喪失													

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書

1 2

被保険者（申請者）記入用

（第　　回目）

貸付用

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号　番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
氏名	（フリガナ）	生年月日　□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年 月 日
住所	（〒　－　） 都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　）	

振込先指定口座

金融機関名称	北洋	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　）	札幌駅南口　本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	普通	口座番号（左づめ）	3815493
口座名義（カタカナ）	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。 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		

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

給付金受取委任状を添付のうえ、ご提出をお願い致します。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

（2024.12）

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名	

申請内容

1 診療月		年　月	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 □ 2. 家族（被扶養者）	□ 1. 被保険者 □ 2. 家族（被扶養者）	□ 1. 被保険者 □ 2. 家族（被扶養者）
家族の場合はその方の	氏名			
	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年　月　日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年　月　日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 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	ケガ（負傷）の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。			
療養を受けた期間		年　月　日 から 年　月　日 まで	年　月　日 から 年　月　日 まで	年　月　日 から 年　月　日 まで
入院通院の別		□ 1. 入院 □ 2. 通院・その他	□ 1. 入院 □ 2. 通院・その他	□ 1. 入院 □ 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 □ 2. いいえ	□ 1. はい □ 2. いいえ	□ 1. はい □ 2. いいえ
はいの場合	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 □ 2. 一部自己負担あり	□ 1. 全額助成 □ 2. 一部自己負担あり	□ 1. 全額助成 □ 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

被保険者本人が住民税非課税者である場合は、自己負担限度額が軽減されます。
マイナンバーを活用して非課税証明書の添付を省略するために、以下に該当する郵便番号を記入してください。

非課税者の情報

診療月が1月～7月の場合	「診療月の前年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号	〒　－
診療月が8月～12月の場合	「診療月の当年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号	〒　－

※ 健保使用欄【算定基礎】

標準報酬月額　千円

所得区分

診療点数×10円	自己負担額
（　円）× 123/10 ＝（　円）	
（　円）× 123/10 ＝（　円）	
（　円）× 123/10 ＝（　円）	

－

診療点数×10円	
252,600円 ＋（　円－842,000）×1%	
167,400円 ＋（　円－558,000）×1%	
80,100円 ＋（　円－267,000）×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