

| ※         |            | 支 払 (貸 付) |  | 決 議 書 |  |  |  | 被扶養者<br>台帳照合印 |  |
|-----------|------------|-----------|--|-------|--|--|--|---------------|--|
| 受付年月日     | 年 月 日      |           |  |       |  |  |  |               |  |
| 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    |            |           |  |       |  |  |  |               |  |
| 決定機関      | 年 月 日 (日間) |           |  |       |  |  |  |               |  |
| 算出基礎      | 年 月 日      |           |  |       |  |  |  |               |  |
|           |            |           |  |       |  |  |  |               |  |

**【記入上の注意】**

- ※印は記入しないで下さい。
- この申請書は、診療月として作成して下さい。
- ④欄は、同月医療機関別・入院・通院別に自己負担額が六三、六〇〇円を超える自己負担がある場合は、三〇、〇〇〇円を超える自己負担が複数ある場合について記入して下さい。
- 被扶養者が療養のあった月の属する年度(四月及び五月診療分については前年度)の市区町村民税が課税されない場合は、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、の六三、六〇〇円とあるのは、三三、五〇〇円、ハ、三三、〇〇〇円とあるのは、三二、〇〇〇円となります。
- ④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、受けられる場合は次に掲げる

**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   | —                                       | ② 事業所の名称                                |   |
| ③ 診療を受けた者の氏名  | 1.                                      | 2.                                      | 3.                                      |
| ④ 診療を受けた者の生年月日  | 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   |   |   |   |
| ⑦ 診療を受けた病院・診療所等の名称及び所在地   | 名称                                      | 電話 ( )                                  | 電話 ( )                                  |
|   | 所在地                                     |   |   |
| ⑧⑦の病院等で療養を受けた期間   | 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<br>(制度名 )<br>(費用徴収 有・無)<br>受けられない | 受けられる<br>(制度名 )<br>(費用徴収 有・無)<br>受けられない | 受けられる<br>(制度名 )<br>(費用徴収 有・無)<br>受けられない |
| 診療合計点数  | ⑪ 点                                     | ⑭ 点                                     | ⑰ 点                                     |
| 薬剤一部負担額   | ⑫ 円                                     | ⑮ 円                                     | ⑱ 円                                     |
| 入院・通院の別   | ⑬ 1:入院 2:その他                            | ⑯ 1:入院 2:その他                            | ⑲ 1:入院 2:その他                            |
| ⑳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名  | 診療月                                     |   |   |
|   | 被保険者証の記号・番号                             |   |   |
|   | 健康保険組合支部名                               |   |   |
| ㉑振込希望の銀行又は郵便局名  | 銀行                                      | 支店 ( 普通 当座 第 号)                         | 口座名義                                    |
|   |   |   | 郵便局                                     |
| <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>〒</p> <p>住所</p> <p>被保険者 氏名</p> <p>電話 ( )</p> <p>京阪グループ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。
- 制度のうち該当するものの番号(その他)の場合は具体的な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どうかについて該当する方に○印をつけて下さい。
- ⑩欄は病院等で請求を受けた額又は支払った額のうちの、いわゆる保険診療分に係るもの及び薬剤自己負担額(二)についてのみ記入して下さい。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。