

決 裁	事務局次長	課長	課長補佐	係長	係	貸付決定金額	万円
						決裁年月日	
						送金年月日	

高額医療貸付申込書

貸付申込金額	組合員証記号番号	氏名	生年月日
万円	-	療養を受けた者の氏名	昭和 平成 . .
		組合員・被扶養者	

療養を受けた期間	給料月額	世帯合算	回数
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	低 一般 上位 円	有・無	回

区分	通院・入院	療養に要した費用の額 (保険対象額)	A 円	療養に要した費用の額 (保険対象額)のうち組合員 又は被扶養者が負担した額	B 円
----	-------	-----------------------	--------	---	--------

貸付申込金額算定欄

自己負担額 (2割又は3割)	自己負担限度額 (下表参照)	高額療養費算定基準額
B 円	-	円 = 円

<自己負担限度額> 低所得者: 35,400円 一般: 80,100円 + {総医療費(A) - 267,000円} × 1% 上位所得者: 150,000円 + {総医療費(A) - 500,000円} × 1%	<自己負担限度額 (4回目以降)> 低所得者: 24,600円 一般: 44,400円 上位所得者: 83,400円
---	--

高額療養費の支給の対象となる療養に係る支払に資金を必要とするため、三重県市町村職員共済組合貸付規則に基づいて、上記の金額を借り受けたいので申し込みます。

平成 年 月 日

三重県市町村職員共済組合理事長 様

住所
借受申込人
氏名

印

上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

職名
所属所長
氏名

印

- ① 貸付金は、組合から支給される高額療養費で相殺償還していただきますが、高額療養費が貸付額より少ないとき、その差額は高額療養費が支給された月の末日までに償還していただきます。
- ② 医療機関が発行する請求書又は領収書で、高額療養費の支給対象となる医療に係る費用が確認できないときは、裏面の療養費明細書に医療機関の証明を受けてください。
- ③ 任意継続組合員が利用するときは、申込書及び借用証書の所属所長印は不要です。