

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	組合員等記号番号	氏名	生年月日
万円	-	療養を受けた者の氏名	昭和 平成 . .
療養を受けた期間		給料月額	世帯合算 回数
令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日	上位I 上位II 一般I 一般II 低 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 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>

区分	12か月以内の高額療養費該当が3回目まで	4回目以降
上位所得者Ⅰ：標準報酬月額 83万円以上	252,600円 + {総医療費(A) - 842,000円} × 1%	140,100円
上位所得者Ⅱ：標準報酬月額 53~79万円	167,400円 + {総医療費(A) - 558,000円} × 1%	93,000円
一般Ⅰ：標準報酬月額 28~50万円	80,100円 + {総医療費(A) - 267,000円} × 1%	44,400円
一般Ⅱ：標準報酬月額 26万円以下	57,600円	44,400円
低所得者：市町村民税非課税等	35,400円	24,600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。

令和 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

※借受申込人自ら署名してください。

上記の記載事項について、誤りがないことを確認しました。

令和 年 月 日

職名  
所属所長  
氏名

- 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。
- 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。