

高額医療費資金貸付制度について

ロイヤル健康保険組合

1. 対象者 被保険者・被扶養者であり「高額療養費」が支給される者
2. 金額 高額療養費支給見込み額の8割相当額(1,000円未満切り捨て)
3. 申込 ①「高額医療貸付申込書」②「高額医療費資金借用証書」
③「高額療養費支給申請書」→ 受領をロイヤル健康保険組合
理事長に委任するため委任状覧欄に記名捺印ください。
以上3点に以下書類(a, b)を添付しロイヤル健康保険組合へ提出して下さい。
 - a. 病院等からの費用の内訳のある請求書または領収書
→ 必要
 - b. 市区町村民税を課せられてないものまたは生活保護
法要保護者はその旨が明らかになる書類
→ 必要な方のみ
4. 支払 指定銀行口座へ振り込み
5. 返済 高額療養費はあなたの委任に基づき全額ロイヤル健康保
険組合理事長あて振り込まれますので貸付額を差引き
返済となります。貸付金は上記のとおり高額療養費の8
割相当なので2割相当分を高額療養費として指定口座へ
振り込みます。高額療養費が不支給になったとき、または
不足額が生じた時は「貸付金精算不足金返還請求書」を
お送りします。期日までに返還してください。

* 不明な点があればロイヤル健康保険組合までお問い合わせください。
TEL 092-475-0529

* 貸付決議書					
受付年月日	年 月 日	常務理事	事務長	係員	被扶養者 台帳照合印
伺年月日	年 月 日				
決裁年月日	年 月 日				
貸付年月日	年 月 日				
貸付金決定額	円				
決定期間	年 月 日 年 月 日	資格取得年月日	年 月 日		
算出基礎		備考			

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 被保険者の氏名		④ 被保険者の生年月日	
⑤ 療養を受けた者の氏名			
⑥ 療養を受けた者の生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
⑦ 被保険者との続柄			
⑧ 傷病名			
⑨ 療養を受けた病院名称 診療所等の名称及び 所在地	所在地 円	円	円
⑩ ⑨の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
⑪ ⑩の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円	円	円
⑫ 他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうか	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない
診療合計点数	⑬ 点	⑭ 点	⑮ 点
薬剤一部負担額	⑯ 円	⑰ 円	⑱ 円
入院・通院の別	⑲ 1:入院 2:その他	⑲ 1:入院 2:その他	⑲ 1:入院 2:その他
⑳ 今回申請の診療月以前1年間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名	診療月	1 年 月診療分	2 年 月診療分
	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	銀行	支店 普通 第 号	口座名義

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。

年 月 日
〒
住所
被保険者の
氏名

(印)

ロイヤル健康保険組合理事長 殿

* 支給支払決議書						
受付年月日	年 月 日	常務理事	事務長	係員	被扶養者	
伺年月日	年 月 日				台帳照合印	
決裁年月日	年 月 日					
支払年月日	年 月 日					
支払額	円					
支払内訳	本人高額療養費	円	資格取得年月日	年 月 日		
	合算高額療養費	円	資格喪失年月日	年 月 日		
	家族高額療養費	円				

本人・家族・合算 高額療養費支給申請書 (第 回目)(入院・通院) 「貸付」
(年 月診療分)

① 被保険者証の記号・番号		② 事業所の名称	
③ 被保険者の氏名		④ 被保険者の生年月日	
⑤ 療養を受けた者の氏名			
⑥ 療養を受けた者の生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
⑦ 被保険者との続柄			
⑧ 傷病名			
⑨ 療養を受けた病院名称 診療所等の名称及び 所在地	名称 電話 所在地 〒		
⑩ ⑨の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで	年 月 日から 日間 年 月 日まで	年 月 日から 日間 年 月 日まで
⑪ ⑩の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円	円	円
⑫ 他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうか	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない
診療合計点数	⑬ 点	⑭ 点	⑮ 点
薬剤一部負担額	⑯ 円	⑰ 円	⑱ 円
入院・通院の別	⑲ 1:入院 2:その他	⑲ 1:入院 2:その他	⑲ 1:入院 2:その他
⑳ 今回申請の診療月以前1年間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名	診療月 1 年 月診療分	2 年 月診療分	3 年 月診療分
㉑ 振込希望の銀行	銀行 支店 普通 第 号	口座名義	
上記のとおり申請します。 年 月 日 住所 〒 ロイヤル健康保険組合理事長 殿 被保険者の 氏名 (印)			
㉒ 私は 年 月 日 請求した高額療養費、一部負担還元金、合算高額療養附加金、家族療養附加金のうち 金 円也の受領に関すること。 年 月 日 住所 〒 被保険者の 氏名 (印) 代理人の 住所 〒 氏名 (印)			
㉓ 振込希望の銀行 銀行 支店 普通 第 号 口座名義			
㉔ 金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 ロイヤル健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 氏名 (印)			
㉕ 市区町村長が証明する欄 上記③の者には 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名 (印)			

高額医療費資金借用証書

ロイヤル健康保険組合理事長 殿

金 額						円
-----	--	--	--	--	--	---

但し、高額医療費資金貸付金として上記の通り借用しました。

年 月 日

借 受 人

〒 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

事業所名 _____

記号番号 _____

〔健康保険組合高額医療費資金貸付規程を遵守し、高額医療費の支給をもって返済します。〕