

医療費資金貸付申込書

支 部	国保組合

東京土建国民健康保険組合 理事長 殿

私は、国民健康保険の一部負担払戻金・高額療養費の資金貸付けを下記のとおり申し込みます。

1. 一部負担払戻金（組合員の入院のみ）
2. 高額療養費

* 該当番号に○をしてください。

* 高額療養費該当の場合には右の高額療養費支給申請書への記入が必要となります。

支給される金額は、先に届け出た同意書より郵便貯金口座に振込んで下さい。 年 月 日

記号・番号	91 - -
組合員名 (借受申込人)	印
住 所	TEL ()
受診者氏名	(生年月日) 昭平 年 月 日生
医療機関の 住所・名称	(住所) TEL ()
	(名称)
療養期間	平成 年 月 日 ~ 同 月 日まで (日間)
支払金額 (支払予定金額)	円

(組合員が記入)

負傷原因届 (ケガの場合のみ記入してください)

いつ	年 月 日 時頃
どこで	
何をしている時	
どのようにして 負傷したか	

(組合員が記入)

相殺契約申込書

私が、借受けた医療費資金を一部負担払戻金・高額療養費と相殺をもって返済することに同意します。
なお、一部負担払戻金・高額療養費の額が貸付金の額に満たないときは、その差額分については1ヶ月以内に返還いたします。

(組合員が記入) 氏 名

印

医療費資金貸付借用証

私は、医療費貸付資金として 金 _____ 円 を正に借用いたします。

(組合員が記入) 氏 名

印

決 裁	支 部	国保組合

国民健康保険高額療養費支給申請書

※太枠内はすべて記入して下さい。

(年 月診療分)

被保険者証	記号・番号			
① 療養を受けた方の	氏 名	男 女	男 女	男 女
	生年月日	T S H	T S H	T S H
② 続 柄				
③ 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称・所在地	名 称			
	所 在 地			
④ 療養を受けた期間 (暦月ごとに申請)	年 月 日から 同 月 日まで 日間	年 月 日から 同 月 日まで 日間	年 月 日から 同 月 日まで 日間	
⑤ 上記期間に病院等に支払った金額				
⑥ 療養の原因 (負傷の場合は裏面に原因を詳しく記入)	1. 病 気 2. 負 傷	1. 病 気 2. 負 傷	1. 病 気 2. 負 傷	
備 考				

支 給 歴	年 月診療分	年 月診療分	年 月診療分
-------	--------	--------	--------

上記のとおり申請します。支給される金額は、先に届け出た同意書より郵便貯金口座に振込んで下さい。

平成 年 月 日

組 合 員 (申請者)	住 所	(〒 -) 電話 ()
	氏 名	印

組合員本人が死亡し、法定相続人が申請する場合は下記に記入・捺印の上、組合員との関係がわかる書類を添付して下さい。

申請者氏名	印	組合員との続柄
住 所	(〒 -)	電 話 ()
振 込 先 (郵便局または銀行等)		
郵 便 局		
銀 行 等	銀行・信用金庫・信用組合・農協・漁協	
	支 店	
	普通・当座	

* 申請書に記入した内容を訂正する場合は、訂正したところに捺印して下さい。

高額療養費支給申請について

平成13年1月診療分より高額療養費自己負担限度額が所得によって変わります。

高額療養費申請の際、所得確認の為、保険証に記載されている方全員の証明書類が必要となります。

なお、下記条件より、証明書類を添付されても、「一般所得区分(63,600円+(医療費-318,000円)×1%)」「上位所得区分(121,800円+(医療費-609,000円)×1%)」を上回る自己負担額がない場合は、支給金額が発生しませんので、ご理解願います。

【高額療養費支給条件】

●単独（1年に対象となる月が3回まで）

1人あたり的一部負担金が限度額（所得によって異なります）を超えた場合の差額。

- ① 低所得者（市町村民税非課税世帯）35,400円
- ② 一般63,600円+（医療費-318,000円）×1%
- ③ 上位所得者（基礎控除後の所得が670万円を超える世帯）
121,800円+（医療費-609,000円）×1%

●合算

合算対象基準は、同一世帯で1人30,000円（非課税世帯は21,000円）以上的一部負担金が複数あった場合

●多数（1年に4回以上対象となる場合、4回目から）

- ① 低所得者は24,600円
- ② 一般は37,200円
- ③ 上位所得者は70,800円を超えた場合の差額

●特定疾病認定者（人工透析を必要とする慢性腎不全・血友病）については、10,000円を超えた場合の差額

*上位所得者

被保険者の世帯に属する被保険者のすべてについて基礎控除後の所得を合算した額が670万円を超える方となります。

必要となる証明書類

	組合員		家族 (保険証に記載されている全員)		各証明書類の証明期間 6月～12月診療は前年所得に対する証明書類となります。 1月～5月診療は前々年所得に対する証明書類となります。 〔例〕 ●平成13年5月診療分は12年度の証明書類 (平成11年1月～12月の所得) ●平成13年6月診療分は13年度の証明書類 (平成12年1月～12月の所得)
	自営業の方	給与所得の方	(所得税を取らる方)	(主婦・無職・学生)	
確定申告書の写し (税務署の検印があるもの)	○				1月～12月までの所得(申告)
源泉徴収票		○	○		1月～12月までの所得(事業所より交付)
住民税課税証明書		○	○		前年所得1月～12月まで(有料)
住民税納税証明書		○	○		前年所得1月～12月まで(有料)
特別区市町村民税 納税通知書		○	○		前年所得1月～12月まで(無料6月に交付)
組合員が自筆で証明 (高額療養費所得申告書)			○	○	未成年者等で前年の合計所得が125万円未満の場合には所得の申告義務が発生しません(地方税法第295条:個人の市町村民税非課税の範囲より)

何かご不明な点がございましたら、給付課(TEL 03-3370-2316)までお問い合わせ下さい。