

## 高額医療費貸付をお申し込みの方へ

被保険者または被扶養者が自己負担で支払う医療費が高額になる（請求を受けた）場合、その支払いに充てるための資金の貸付を受けられます。

### ■ 貸付金額

高額療養費の80%（1,000円未満の端数切捨て）

高額療養費とは健康保険対象の医療費の自己負担額から高額療養費下限額を差し引いた額

《高額療養費下限額計算式一覧》

区分ア 標準報酬月額83万以上	通常	¥252,600+「(医療費総額-¥842,000)×1%」
	多数	¥140,100
区分イ 標準報酬月額53万以上	通常	¥167,400+「(医療費総額-¥558,000)×1%」
	多数	¥93,000
区分ウ 標準報酬月額28万以上	通常	¥80,100+「(医療費総額-¥267,000)×1%」
	多数	¥44,400
区分エ 標準報酬月額26万以下	通常	¥57,600
	多数	¥44,400

※多数とは過去12ヶ月以内で4回目以降の高額療養費から多数に該当する

### ■ 利息 無利息

### ■ 返済 健保から支給される高額療養費で返済

貸付金の返済は3ヶ月後に健保から支給される高額療養費支給額と貸付額を相殺することで返済となります。相殺後、貸付金額を除いた2割分が支給されます。

### ■ 貸付申込手続きの流れ

- 1) 「高額医療費資金貸付金申込書」に記入の上、医療機関（病院等）の発行した保健点数が明記された医療費請求書（写）または領収書（写）を添付し、健保へ提出します。
- 2) 健保から「高額医療費貸付可否決定通知書」を受取ります。
- 3) 健保からの貸付金の入金を確認したら、「高額医療費資金借用書」に記入し、健保へ提出します。
- 4) 診療月の3ヶ月後に医療機関からのレセプトにより健保で高額療養費の計算がされます。貸付金との残額（20%分）が支給されます。

### ■ 高額療養費の貸付金申込書の記入について

「高額医療費資金貸付金申込書」に、医療機関（病院等）の発行した保険点数が明記された医療費請求書または領収書を確認の上、記入してください。

（事前に貸付金額を確認したい場合は、その旨ご連絡ください。仮計算してお知らせします。）

※ 貸付金の申込は月単位ですので、継続する場合でも毎月提出が必要となります。

【お問い合わせ】花王健康保険組合 TEL 03-3660-7681

# 高額医療費資金貸付申込書

花王健康保険組合理事長 殿

添付領収（請求）明細書のとおり、高額医療費にかかる費用を支払った（支払う）ため  
下記のとおり高額医療資金の貸付をお願い申し上げます。

令和 年 月 日

所属事業所

被保険者証  
被保険者の記号・番号  
(申込者)

記号 : \_\_\_\_\_  
番号 : \_\_\_\_\_

氏 名

生年月日 昭・平・令 年 月 日

受診者氏名 及び生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	被保険者 との続柄	
貸 付 申 請 内 訳	①自己負担総額	円	
	②高額療養費下限額	円	
	③高額療養費 (①－②)＝ ③	円	
	④貸付申請額 ④＝(③×80%)※	円 ,000	
貸付金の 返還方法	後日支給される見込みの高額療養費をもって 充てるものとします。		↑欄は、健保組合で 記入いたします。
貸付金 送金先	銀行・金庫 本店・支店 申込者の口座名 (普・当・ 口座No )		振込予定日は「高額医療費 貸付可否決定通知書」で お知らせいたします。

注) 医療機関(病院等)の発行した保険点数が明記された医療費請求書(写)または  
領収書(写)を必ず添付してください。  
※印は、千円未満切り捨てとなります。

—  
様

令和 年 月 日

花王健康保険組合  
〒 103-0025 東京都中央区日本橋茅場町1-13-12  
電話 03-3660-7681

高額医療費貸付可否決定通知書

先に申請のありました高額医療費貸付申請について、当組合で審査の結果、  
下記の通り決定しましたので通知いたします。

貸付金は貴銀行口座に振り込みますので、確認後速やかに下記の借用証にご記入の上、  
当組合宛に返送してください。

記

貸付者 様

高額医療費貸付金 円

振込予定日 年 月 日

-----<-----切り取り----->-----

借 用 証

花王健康保険組合 理事長 様

高額医療費貸付金 円

被保険者

受診者

上記、高額医療費貸付について確かに借り受けました。  
なお、この返済については、後日支給される見込みの高額療養費をもって充当願います。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

被保険者 (債務者) 事業所 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

被保険者記号番号 \_\_\_\_\_