事業所担当者 確 認 印

← 任継・特退の加入者は押印不要

診療年月日		金　額
年	月	円
備考 多数：該当・不該当		

貸　付　決　定　伺		
令和　　年　　月　　日		
常務理事	事務長	担当者

≪申請から貸付の流れ≫

在職中の方 → 事業所（勤務先）の健保担当部門 → 健保組合 → 本人の口座へ振込

任意継続・特例退職の方 → 健保組合 → 本人の口座へ振込

高額医療費資金貸付申込書

記号・番号		受　診　者　名	性別	生　年		続柄
記　号	番　号			元号	年	
			1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和		

傷　病　名		病院等からの請求金額	請求明細書のうち保険適用となる額 円
診療を受けた医療機関	名　称： 所在地：	TEL：	

＊診療月・診療区分ごとに分けてください				左記の診療を受けた期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで 日間
診療を受けた年月	令和　　年　　月	診療区分	1 入院 2 通院		

振 込 先		銀　行 信用金庫 組　合	本　店 支　店 出張所	預金種目	普通・当座
	口座番号		（フリガナ） 口 座 名 義	（　　）	

高額医療費資金の貸付を上記の通り申し込みます。

令和　　年　　月　　日

富士フイルムグループ健康保険組合
理事長殿

被保険者　住　所
氏　名

記入上の注意

1．この申込書は、診療月ごとに作成して下さい。
2．高額医療費貸付金は、保険診療分に対して個人負担が高額になった場合に受けることができます。
（高額療養費の個人負担額は収入により異なりますので、担当までご確認下さい）

添付書類

1．この申込書には病院等から、診療に要する費用の内訳のある請求書又は領収書を添付して下さい。
2．申込者が市町村民税を課せられない者又は生活保護法の要保護者であるときはその旨が明らかになる書類等を添付して下さい。

計算例

被保険者の標準報酬月額が 28 万円～50 万円に該当する方で、保険適用の医療費（差額ﾍﾞｯﾄ･食事代等は除く）が 3,000,000 円、自己負担は 900,000 円の場合

自己負担額－{一部負担の上限額:定額＋(医療費－定額)×定率}＝高額療養費× 定率 ≒ 貸付額
900,000 －{一部負担の上限額:80,100＋(3,000,000－267,000)×1%}＝792,570×0.8 ≒ 634,000

＊「一部負担の上限額」は標準報酬月額により異なります。　＊貸付額は 1,000 円未満切り捨て。
＊多数・世帯合算に該当した場合、計算方法(自己負担･定額等)が異なります。