

高額医療費資金貸付の申込について

被保険者または被扶養者の医療費(差額ベッド代等保険適用外のものを除く)の自己負担が限度額を超えた請求を受けたとき、高額療養費が支給されるまでの間、当座の支払費用として無利子で貸し付けを実施しています。

◎ 貸付対象者

1. 被保険者で高額療養費の支給を受ける見込みがあること
2. 高額療養費の支給の対象となる月の療養に要する費用について、医療機関から請求を受けた人、またはその費用を支払った人

◎ 手続方法

① ひかり健康保険組合ホームページから、下記書類を入手

⇒上記の対象者に当てはまり申請を希望される場合

- ・高額医療費資金貸付申込書
- ・高額医療費資金貸付借用証書
- ・記入例

② 申込書記入後、下記書類二点をひかり健康保険組合宛に送付

⇒提出書類

- ・**高額医療費資金貸付申込書**
- ・**請求明細書または領収明細書(保険診療点数が明記されているもの)のコピー**

③ 申請書受理後、入金日前に「可否決定通知書」をご自宅宛に送付

⇒通知書にて、入金日と貸付決定額の確認

④ 貸付金の支給(申込受理後、7日営業日以内)

⇒**入金確認後、「高額医療費資金借用証書」を当組合宛に送付**

◎ 貸付限度額

高額療養費支給見込み額の8割(1,000円未満切り捨て) (無利息)

◎ 高額医療費資金貸付の回収方法

貸付対象である高額療養費の診療報酬明細書(レセプト)が医療機関から当組合に到着後(通常診療月から2~3ヶ月後)、当組合からご本人へ的高額療養費支給時(通常診療月から3~4ヶ月後)に貸付金を回収(精算)して残りの金額を支給します。

なお、高額療養費は、当組合より算出し支給しますので、ご本人からの申請は不要です。

※ 高額療養費の支給に関しましては、同封の「高額療養費・一部負担還元金の制度について」をご参照ください。

申請先: 〒170-0021

東京都豊島区西池袋 1-4-10 光ウエストゲートビル 7F ひかり健康保険組合

お問い合わせ: 給付担当 (電話:03-5951-7422)

高額療養費・一部負担還元金の制度について

重い病気にかかったり長期入院したりして、医療費がかさむと3割の自己負担でも大きな額になります。このような負担を軽くするために、被保険者(本人)、被扶養者(家族)のどちらでも、一定の額を超えた場合、後日ひかり健康保険組合から「高額療養費」「一部負担還元金」として給付されます。

◎ 高額療養費(法定給付)

○ 高額療養費(本人)・家族高額療養費(家族)

被保険者(本人)、被扶養者(家族)のどちらでも、一定の額(自己負担限度額)を超えた場合、後日ひかり健康保険組合から「高額療養費」として給付されます。

高額療養費の算定は(1)診療月ごと、(2)1人ごと、(3)病院ごと(外来・入院別、医科・歯科別、旧総合病院では各科別など)に行われます。

給付額は、医療機関から当組合に送られてくる「診療報酬明細書」を基に計算し、おおよそ診療月の3~4ヶ月後に支給決定通知書を被保険者宛に送るとともに支給します。

○ 自己負担限度額とは

医療費の自己負担を軽減するために法律で定められた金額です。

	区分	1ヶ月当たりの自己負担限度額	多数該当
ア	標準報酬月額 83万円以上	252,600円+ (総医療費-842,000円) ×1%	140,100円
イ	標準報酬月額 53万円~79万円	167,400円+ (総医療費-558,000円) ×1%	93,000円
ウ	標準報酬月額 28万円~50万円	80,100円+ (総医療費-267,000円) ×1%	44,400円
エ	標準報酬月額 26万円以下	57,600円	44,400円
オ	低所得者(住民税非課税者)	35,400円	24,600円

(1) 合算高額医療費

同一世帯で1ヶ月に支払った額が21,000円以上の受診が2人以上発生し、それらの金額を合算して自己負担限度額を超えた場合、その超えた額を「合算高額療養費」として給付します。また、同1人が1ヶ月に2ヶ所以上の複数診療科を受診して、それぞれで支払った額が1件当たり21,000円以上になり、それらの金額を合算して自己負担限度額を超えた場合にも「合算高額療養費」が受けられます。いずれも、高額療養費に加えて付加給付が支給されるため、最終的には受診者の負担は1人が1ヶ月あたり20,000円を超えることはありません。

(2) 高額療養費が多数月発生した世帯への負担軽減

特例として、多数月発生した世帯へ負担軽減措置が設けられています。1年(直近12ヶ月)の間に同一世帯で4回以上高額療養費に該当した場合には、4回目からは自己負担限度額が44,400円(市区町村民税非課税者は24,600円、上位所得者は83,400円いずれも1%加算はなし)に引き下げられます。

(3) 長期高額特定疾病者への負担軽減

血友病、血液凝固因子製剤によるHIV感染症および人工透析を必要とする慢性腎臓疾患の長期療養患者は、自己負担限度額が1ヶ月あたり10,000円となります。なお、この給付を受けるためには、あらかじめ当組合から「**特定疾病療養受療証**」の交付を受けて、保険証と共に病院の窓口に表示する必要があります。

※ 院外処方(調剤薬局)での自己負担額については、先の限度額10,000円には含まれません。

※ 血液製剤に起因するHIV感染者は、公費負担があり事実上自己負担はありません。

※ 人工透析を要する患者が上位所得者に該当する場合は、自己負担額は1ヶ月あたり20,000円/月となります。

◎ 一部負担還元金(ひかり健康保険組合の付加給付)

○ 一部負担還元金(本人)・家族療養付加金(家族)

医療機関の窓口で支払った医療費(1ヶ月、診療報酬明細書または調剤報酬明細書1件ごと。但し病院で処方箋が交付された場合の薬局での薬剤の支給は、処方箋を交付した病院における療養とみなし合算する。また、高額療養費及び入院時食事療養費にかかる標準負担額は除く)から20,000円を差し引いた額(1,000円未満は切り捨て)が支給されます。

(1) 合算高額療養付加金

合算高額療養費が支給される場合に、その自己負担額の合計額(合算高額療養費及び入院時食事療養費にかかる標準負担額は除く)から1件あたり20,000円を差し引いた額(1,000円未満は切り捨て)が支給されます。

◎ 高額療養費と一部負担還元金(または家族療養付加金)の手続き

ひかり健康保険組合では、高額療養費と一部負担還元金(または家族療養付加金)は医療機関から当組合に届く診療報酬明細書(レセプト)を基に**自動算出及び支給**しています。よって、ご本人によるお手続きは不要です。但し、算出の基となるレセプトの到着が診療月の通常2~3ヶ月後のため、支給時期は受診した月から約3~4ヶ月後になります。支給額は、「高額療養費」に「一部負担還元金(または家族療養付加金):付加給付」が足された額が「給付金」として支給されます。

また、給付金が支給される際には、支給日前に「**支給決定通知書**」を被保険者宛に発送致します。

■ 法定給付と付加給付について

「法定給付」・・・健康保険法で決められている給付金

「付加給付」・・・それぞれの健康保険組合が独自に行う給付金で、法定給付に上積みします。

どちらもひかり健康保険組合から支給します。

資格取得日	平成・令和	年	月	日
資格喪失日	平成・令和	年	月	日
扶養認定日	平成・令和	年	月	日
算出基礎				
貸付決定額	円			
支給期間	令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日

支払（貸付）決議書			
常務理事	事務長	経理担当	給付担当
備考			

高額医療費資金貸付申込書 (令和 年 月診療分)

[1] 被保険者証の記号 - 番号		—		[2] 事業所の名称			
[3] 診療を受けた者の氏名と生年月日				[4] 被保険者の生年月日		昭和・平成 年 月 日	
[5] 診療を受けた者の氏名			[6] 被保険者との続柄		[7] 診療を受けた者の生年月日		
			昭和・平成・令和 年 月 日				
[8] 傷病名							
[9] 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地		名称		所在地		〒	
		電話 ()					
[10][9]の病院等で療養を受けた期間				[11]入院・通院の別		[12]診療合計点数	
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院		点	
[13]他の制度により自己負担相当額又はその一部の支給を受けられるかどうか				[14][10]の期間に受けた療養に対し病院等から請求を受けた額又は支払った額		円	
<input type="checkbox"/> 受けられる(制度名:) (費用徴収: 有・無)							
<input type="checkbox"/> 受けられない							
[15]前12か月中に高額療養費の支給を3回以上受けた場合		直近の診療月		年 月		年 月	
		被保険者証の記号・番号					
		支給を受けた健康保険組合名		電話 ()		電話 ()	
		電話 ()		電話 ()		電話 ()	
[16]被保険者名義の振込希望金融機関		預金種別		銀行 信金		本店	
		1 普通		金庫 農協		支店	
		2 当座				出張所	
		支店コード		口座番号		口座名義	
						(フリガナ)	
						(名義)	
						※旧姓・新姓にご注意ください	
<p>高額医療費資金の貸し付けを受けたいため上記のとおり申し込みます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">被保険者 氏名 Ⓜ</p> <p style="text-align: center;">電話</p> <p style="text-align: right;">ひかり健康保険組合理事長 殿</p>							

201905改定

(記入上の注意)

- この申込書は、診療月(同一月内)ごと、医療機関別、入院・通院別に、自己負担限度額を多額に超える自己負担がある場合について作成してください。
- [8]欄は、病院等で請求を受けた額又は支払った額のうち、いわゆる保険診療分に係るものについてのみ記入し、特別室料、歯科で認められるいる差額徴収等については、除いてください。ただし、その額が明確でないときは、病院等で請求を受けた額又は支払った額を記入し、その旨を()内に記入してください。なお、[10]欄において、費用徴収が「有」の場合は、当該徴収される費用の額又は徴収された費用の額を記入してください。
- [9]欄は、他の制度により自己負担相当額又はその一部の支給を受けられるかどうかについて、該当する方に○印をつけ、受けられる場合は具体的な制度名を記入してください。また、自己負担相当額の一部について、費用を徴収されたか否かについて該当する方に○印をつけてください。

(添付書類)

- 病院等からの療養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ください。

受付年月日	令和 年 月 日
貸付番号	

備考	
----	--



高額医療費資金借用証書

ひかり健康保険組合

理事長 儀同 康 殿

金額										円
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

但し、高額医療費資金貸付金として上記のとおり借用しました。
借用の上は、健康保険組合高額医療費資金貸付規程を遵守し、高額療養費の支給をもって返済いたします。

令和 年 月 日

借受人

〒

住所 _____

氏名 _____ ⑩

電話 _____ () _____

事業所名 _____

記号 _____ 番号 _____

1. 借受人の印鑑は、申込書に押印した印鑑とします。

2. 貸付金の入金確認後、速やかにご提出ください。

記入例

【記入する際の注意】

● 黒のボールペンで記入してください。 ※鉛筆、修正テープ、消えるボールペンは使用しないでください。

● 記入内容を訂正する場合は、間違えた部分に二重線を引いてご本人の印鑑を押してください。例) 〒×××-○○○

△△△△



資格取得日	平成・令和 年 月 日	支 払 (貸 付) 決 議 書			
資格喪失日	平成・令和 年 月 日	常務理事	事務長	経理担当	給付担当
扶養認定日	平成・令和 年 月 日				
算出基礎	健康保険組合の記入欄				
貸付決定額	円				受付日付印
支給期間	令和 年 月 日 令和 年 月 日				
支払年月日	令和 年 月 日				

高額医療費資金貸付申込書 (令和 1 年 5 月診療分)

[1] 被保険者証の記号 - 番号	1 - 12345	[2] 事業所の名称	株式会社 ○×通信		
[3] 被保険者の氏名	光 太郎	[4] 被保険者の生年月日	昭和・平成	54 年 10 月 31 日	
[5] 診療を受けた者の氏名		[6] 被保険者との続柄		[7] 診療を受けた者の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
[8] 傷病名	○○○○○				
[9] 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称 ●●●●●● 電話 △△(××××)○○○○	所在地	〒 ○○○-×××× 東京都豊島区□□□町△△△-△		
[10] [9]の病院等で療養を受けた期間	令和 1 年 5 月 10 日から 令和 1 年 5 月 20 日まで	11 日間	[11] 入院・通院の別	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	[12] 診療合計点数 321,000 点
[13] 他の制度により自己負担相当額又はその一部の支給を受けられるかどうか	<input type="checkbox"/> 受けられる(制度名:) ※受けられる場合、要記載 (費用徴収: 有 無)	[14] [10]の期間に受けた療養に対し病院等から請求を受けた額又は支払った額		963,000 円	
[15] 前12か月中に高額療養費の支給を3回以上受けた場合	直近の診療月	年 月	年 月	年 月	
	被保険者証の記号・番号	※該当する場合、要記載			
	支給を受けた健康保険組合名	電話 ()	電話 ()	電話 ()	
[16] 被保険者名義の振込希望金融機関	預金種別 1 普通 2 当座	三菱UFJ 銀行 信金 池袋東口 金庫 農協	本店 支店 出張所	口座名義 (フリガナ) ヒカリ タロウ (名義) 光 太郎	
	支店コード	1 2 3	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	※旧姓・新姓にご注意ください

高額医療費資金の貸し付けを受けたいため上記のとおり申し込みます。

令和 1 年 5 月 25 日

〒 □□□-△△△△

住所 東京都豊島区○○町×××-△△

被保険者

氏名 光 太郎



電話 090 - ○○○○ - ××××

ひかり健康保険組合理事長 殿

記入例

【記入する際の注意】

- 黒のボールペンで記入してください。 ※鉛筆、修正テープ、消えるボールペンは使用しないでください。
- 記入内容を訂正する場合は、間違えた部分に二重線を引いてご本人の印鑑を押してください。例) 〒××××-△△△△

△△△△

〒××××-△△△△

受付年月日	平成 年 月 日	健康保険組合の記入欄	受付日付印
貸付番号			

高額医療費資金借用証書

ひかり健康保険組合

理事長 儀同 康 殿

金額		¥	◇	◇	◇	◇	◇	◇
----	--	---	---	---	---	---	---	---

但し、高額医療費資金貸付金として上記のとおり借用しました。
借用の上は、健康保険組合高額医療費資金貸付規程を遵守し、高額療養費の支給をもって返済いたします。

令和 1 年 5 月 31 日

借受人

〒××××-△△△△

住所 東京都豊島区〇〇町×××-△△

氏名 光 太郎

電話 △△△ - (〇〇〇〇) - ××××

事業所名 (株)光通信

記号 1 番号 1 2 3 4 5

