

蒲郡市国民健康保険高額療養費受領委任払実施要綱

(趣旨)

第1条 国民健康保険医療費の支払が困難な被保険者の療養を確保するため、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第57条の2の規定による高額療養費（以下「高額療養費」という。）の支給を受ける際の特例について、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において、「高額療養費受領委任払」とは、高額療養費の支給の対象となる被保険者の属する世帯の世帯主（以下「世帯主」という。）が、高額療養費の受領の権限を療養の給付を受けた医療機関に委任し、当該医療機関がこれを受任したときに、市長が高額療養費の全額又は高額療養費の9割以内（千円未満切捨）の額（以下これらを「受領委任額」という。）を直接当該医療機関に支給することをいう。

(対象者)

第3条 高額療養費受領委任払の適用を受けることができる者は、次の各号に掲げる事項のいずれにも該当するものとする。

- (1) 世帯主であること。
- (2) 当該医療機関に高額療養費の受領の権限を委任することに同意が得られること。
- (3) 自己資金のみでは当該療養に係る医療費の支払いが困難であること。
- (4) 国民健康保険税の滞納がないこと。ただし、納付相談により自主的な納付が見込めると判断される場合又は高額療養費と受領委任額の差額について国民健康保険税への充当を承諾した場合については、この限りでない。

2 前項に定める者のほか、特に市長が必要と認める者は、高額療養費受領委任払の適用を受けることができる。

(窓口負担額及び受領委任額の算定)

第4条 窓口負担額は、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第29条の3に規定する高額療養費算定基準額（以下「限度額」という。）とする。ただし、前条第4号の国民健康保険税に未納がある世帯主の場合は、限度額に高額療養費と受領委任額の差額を加えた額とする。

2 受領委任額は、国民健康保険法第42条に規定する一部負担金から窓口負担額を控除した額とする。

(申請)

第5条 高額療養費受領委任払の適用を受けようとする世帯主は、蒲郡市国民健康保険高額療養費受領委任払承認申請書(第1号様式。以下「承認申請書」という。)、蒲郡市国民健康保険高額療養費受領委任払同意書兼口座振込依頼書(第2号様式。以下「同意書兼口座振込依頼書」という。)を医療機関に提出しなければならない。

2 医療機関は、承認申請書及び同意書兼口座振込依頼書の医療機関記入欄に記入を行い、前条第1項の規定により示された窓口負担額を算定し、世帯主に請求を行う。

3 世帯主は、医療機関に窓口負担額を支払い、承認申請書、同意書兼口座振込依頼書、高額療養費支給申請書及び窓口負担額の領収書(以下これらを「申請書等」という。)を診療月単位で、市長に提出しなければならない。

4 第3条第4号ただし書に規定する国民健康保険税への充当を承諾した世帯主は、申請書等に併せて国民健康保険税及び市税等充当委任状を市長に提出しなければならない。

5 窓口負担額を支払うことが困難である世帯主は、医療機関と相談のうえ、分納誓約書を窓口負担額の領収書の代わりとすることができる。

(受領委任額決定及び支払)

第6条 市長は、愛知県国民健康保険団体連合会で審査された診療報酬明細書と申請書等とを照合し、受領委任額の支給を決定したときは、当該世帯主に高額療養費受領委任払決定通知書(第3号様式)及び高額療養費支給決定通知書により通知するものとする。

2 市長は、前項の決定をしたときは、当該医療機関に高額療養費受領委任払支払決定通知書(第4号様式)により通知し、当該医療機関の指定する口座に受領委任額を振り込むものとする。

(適用除外)

第7条 高額療養費受領委任払は、次に掲げる場合については、適用しないものとする。

(1) 交通事故等第三者行為による医療費である場合

(2) 国民健康保険法第56条に該当する場合

(3) 受領委任額が1万円に満たない場合

(委任)

第8条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項及び事務に必要な書類の様式は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成29年12月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年12月28日から施行する。

第1号様式（第5条関係）

蒲郡市国民健康保険高額療養費受領委任払承認申請書

年 月 日

蒲郡市長様

申請者 住所
(世帯主)
氏名
電話

下記療養について、国民健康保険一部負担金額のうち、高額療養費自己負担限度額を超える額の支払いが困難なため、高額療養費受領委任払の利用を申請します。

記

被保険者 記号番号		診療月	年 月 診療分							
高額療養費限度額区分		多数該当	該当・非該当							
療養を受ける 被保険者氏名 及び生年月日	年 月 日生		療養 期間 (月単位)	年 月 日から 年 月 日まで 入院・入院外・歯科・調剤						
療養取扱機関	所在地 医療機関名									
受領委任額 振込口座	金融機関名	銀行	(フリガナ)	口座名義人						
		支店	口座番号							
国民健康保険 診療総点数	点(A)		公費対象 点数	結 34	精 32	その他 ()				
自己負担 見込額 (区分ア・イ・ウ 多数非該当の場合)	費用額(A) × 10		自己負担見込額							
	円 +	[円]	× 0.01 =	円				
高額療養費 支給見込額	費用額(A) × 10	負担割合	自己負担見込額	高額支給見込額						
	円 ×	—	円 =	円(B)						
受領委任額	高額支給見込額(B)	×	※蒲郡市記入欄 [0.9 (千円未満は切り捨て) 1.0 (国民健康保険税完納者)]				=	受領委任額		
	円						=	円(C)		
窓口負担額	自己負担見込額	高額支給見込額(B)		受領委任額(C)		窓口負担額				
	円 +	円 -		円 =		円				

※太枠の部分は医療機関により記入のうえ領収書を添付し、第2号様式とともに提出してください。

第2号様式（第5条関係）

蒲郡市国民健康保険高額療養費受領委任払同意書兼口座振込依頼書

年 月 日

蒲郡市長 様

※署名又は記名押印

委任者 住所
(世帯主)

氏名

被保険者記号番号 (—)

私は、下記受任者を代理人と定め、被保険者 _____ が下記医療機関で受けた _____ 年 _____ 月診療分の高額療養費の受領に関する権限を委任し、当該医療機関はこれを受任することに同意し、受領委任額の支給については別紙蒲郡市国民健康保険高額療養費受領委任払承認申請書にある口座に振込を依頼します。

記

受任者 所在地
(医療機関など)

医療機関名

代表者氏名

⑩

電話番号

蒲 第 号
年 月 日

様

蒲 郡 市 長



高額療養費受領委任払決定通知書

年 月 日付けで申請のありました高額療養費受領委任払の申請について、
下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1 決定事項

- (1) 高額療養費の受領委任払を承認します。
- (2) 高額療養費の受領委任払を不承認とします。
(理由)

2 申請された内容

被保険者記号番号	
療養を受けた 被保険者氏名	
診 療 月	
受領委任額	円

3 承認された内容

上記に記しました診療分の医療につきまして、高額療養費受領委任払を決定しました。
それに伴い、年 月 日に受領委任額 円が医療機関の口座に
振込されることをご報告します。

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、愛知県国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。
- 2 上記1の審査請求をした場合は、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、蒲郡市を被告として(訴訟において蒲郡市を代表する者は蒲郡市長となります。)、この処分の取消しの訴えを提起することができます。
- 3 なお、この処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで、この処分の取消しの訴えを提起することができます。
 - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。
 - (2) 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

第4号様式（第6条関係）

蒲 第 号
年 月 日

（医療機関等）

様

蒲郡市長



高額療養費受領委任払支払決定通知書

下記の高額療養費受領委任払について、承認と決定し、支給額を指定金融機関預金口座に振込の手続きをしましたので通知します。

記

（単位：円）

受診年月	受診者名	総医療費	公費負担医療	窓口負担額	受領委任額
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
合計			件		円

振込日 年 月 日