

半田市国民健康保険高額療養費受領委任払実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、半田市国民健康保険被保険者が高額な医療を受けた場合にかかる一部負担金の支払いの際に、被保険者に支給されるべき高額療養費の受領を保険医療機関等へ委任することにより、一部負担金の支払いが困難な被保険者を救済することを目的とする。

(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、国民健康保険被保険者の属する世帯の世帯主が、国民健康保険法（昭和33年法律第192号。以下「法」という。）第57条の2に規定する高額療養費（以下「高額療養費」という。）の受領の権限を病院等に委任することにより、被保険者の支払うべき一部負担金の額のうち、高額療養費自己負担限度額（国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第29条の2に規定する額をいう。）を超える額を当該病院等に、半田市が支払う制度をいう。

2 この要綱において「病院等」とは、法第36条に規定する保険医療機関等のうち、半田市高額療養費受領委任払取扱医療機関申出書（様式第1）の提出があったものをいう。

(適用要件)

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、高額療養費の支給を受けることとなる半田市国民健康保険の被保険者の世帯主で、次の各号の要件に該当するものとする。

- (1) 高額療養費にかかわる一部負担金を支払うことが困難と認められる者
- (2) 国民健康保険税を滞納していない者

(適用除外)

第4条 高額療養費受領委任払は、交通事故等の第三者の不法行為又は被保険者の故意若しくは犯罪行為に起因する傷病による療養を受けた者については適用しない。

(手続き)

第5条 高額療養費受領委任払の適用を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、病院等の同意を得た後、同意書及び高額療養費受領委任払申請書（様式第2）

以下「申請書」という。)に必要な事項を記載し、病院等からの請求書を添えて市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項に規定する申請書が提出されたときは、これを審査し、高額療養費受領委任払の適用の承認又は不承認を決定するものとする。

3 前項の規定による決定をしたときは、申請者に対して高額療養費受領委任払承認・不承認決定通知書(様式第3)により通知するものとする。

4 前2項の規定により、承認の決定を受けた者は、速やかに高額療養費受領委任状(様式第4。以下「委任状」という。)を病院等から徴収し、高額療養費支給申請書(国民健康保険法施行規則(昭和33年厚生省令第53号)第27条の17)に添えてこれを市長に提出しなければならない。

(支給決定及び支払)

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額に基づき高額療養費の支給を決定したときは、前条第4項の申請書と照合のうえ、病院等に高額療養費支給決定通知書(様式第5)により通知するとともに、当該高額療養費を支払うものとする。

(委任)

第7条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

1 この要綱は、平成17年4月1日(以下「施行日」という。)から施行する。

2 この要綱の規定は、施行日前に受けた診療については適用しない。

附 則

この要綱は、平成20年12月26日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

年 月 日

高額療養費受領委任払取扱医療機関申出書

半 田 市 長 様

申出者(保険医療機関)

所在地

名称

代表者名

印

当医療機関は、下記の事項を遵守し高額療養費受領委任払制度を取り扱いますので、申し出ます。

記

遵守事項

- 1 半田市国民健康保険高額療養費受領委任払実施要綱に基づき、高額療養費受領委任払の同意の依頼を受けること。
- 2 高額療養費受領委任払制度の実施に係る費用は求めないこと。
- 3 その他、高額療養費受領委任払制度の実施に関しては、半田市国民健康保険高額療養費受領委任払制度実施要綱を遵守すること。

高額療養費受領委任払申請書			
			年 月 日
半田市長 殿			
私の半田市国民健康保険高額療養費の受領について、保険医療機関等に同意いただいたので、下記のとおり高額療養費受領委任払の適用について認定くださるよう申請します。			
申 請 者	被保険者番号		
	住 所	半田市	
	世帯主氏名	⑩	
	受診者氏名	生年 月日	年 月 日
医療費の支払いが 困難である理由			

同 意 書		
当保険医療機関等は、被保険者 _____ にかかる _____ 年 _____ 月診療分の半田市国民健康保険高額療養費の受領について同意します。		
年 月 日 保険医療機関等		
所在地		
名 称		
代表者 氏 名		
⑩		
電話 () - (担当者)		
医療費総額 金 円 (点)		
半田市長 殿		
支払金融機関(医療機関指定)		
金融機関名・支店名	口座番号	名義人
	普 当	フリガナ -----

高額療養費自己負担限度額見込み額

計 算 式

$$\begin{array}{l} \text{上位所得世帯} \quad \boxed{\text{A}} \text{円} \\ \text{一般課税世帯} \quad \boxed{\text{B}} \text{円} \\ \text{非課税世帯} \quad \quad \boxed{\text{C}} \text{円} \end{array} + \left[\begin{array}{c} \text{費用額} \\ \text{円} - \boxed{\text{D}} \text{円} \\ \boxed{\text{E}} \text{円} \end{array} \right] \times 1\%$$

= _____ 円(多数該当、非課税世帯の場合は記入)

※上記 $\boxed{\text{A}}$ ~ $\boxed{\text{H}}$ の額については、国民健康保険法施行令による。

様式第3号(第5条関係)

第 号
年 月 日

高額療養費受領委任払 承認・不承認 決定通知書

申請者(世帯主)

_____様

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件について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

委任払可否	承認(承認番号 No. _____) 不承認		
被保険者証番号			
受診者氏名	男女	生年月日	年 月 日
診療月	年 月 診療分	自己負担 限度額	
受任医療機関等	名称		
	所在地		
不承認の理由			

(備考)

受領委任払いの適用の承認を受けた申請者は、速やかにこの通知書を医療機関等に提示し自己負担限度額の精算をしてください。

様式第4（5条関係）

高額療養費受領委任状

保険医療機関等_____を甲とし、被保険者世帯主_____を
乙として甲、乙は下記のとおり合意した。

記

乙は、半田市から受領すべき被保険者_____にかかると年____月____
診療分の高額療養費の受領に関する権限を甲に委任する。

年 月 日

甲 保険医療機関等 所在地
(住所)

名 称

代表者
氏 名

印

乙 世帯主 住 所

氏 名

印

様式第5号(第6条関係)

年 月 日

保険医療機関等

様

半 田 市 長

高額療養費支給額決定通知書

下記のとおり、高額療養費を貴病院(医院)申し出の金融機関口座に振り込みます。

記

診 療 月	年 月	年 月	年 月
被 保 険 者 証 番 号			
申 請 者 (世 帯 主)			
療 養 を 受 け た 者			
承 認 番 号			
支 払 額			
支 払 日			

振 込 先 口 座	金融機関	名 称		支 店
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人	(かな)		

口座に変更がある場合は、ご連絡ください。