

山口市国民健康保険高額療養費委任払実施要綱

(通則)

第1条 この要綱は、山口市国民健康保険の被保険者で、高額療養費に相当する医療費の支払が困難な者を救済するため、その者の属する世帯主(以下「世帯主」という。)に支給すべき高額療養費の受領を医療機関に委任すること(以下「受領委任」という。)について、必要な事項を定めるものとする。

(要件)

第2条 受領委任をすることができる世帯主は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 被保険者の受けた療養について、高額療養費の支給を受ける見込みがあること。
- (2) 高額療養費に相当する医療費の支払が困難であると認められること。
- (3) 医療機関の同意を得ていること。
- (4) 国民健康保険料を滞納していないこと。
- (5) 交通事故等の第三者行為による医療でないこと。

(承認申請)

第3条 受領委任の承認を受けようとする世帯主は、国民健康保険高額療養費委任払承認申請書(様式第1号)に医療機関の発行する請求書を添えて市長に提出しなければならない。

(承認決定)

第4条 市長は、前項に規定する申請書の提出があったときは、その内容を審査し、承認又は不承認を決定し、世帯主に国民健康保険高額療養費委任払承認決定通知書(様式第2号。以下「承認決定通知書」という。)又は国民健康保険高額療養費委任払不承認決定通知書(様式第3号)により通知するものとする。

2 受領委任が承認された世帯主は、承認決定通知書を医療機関に提示し、自己負担限度額相当額の一部負担金(以下「限度額一部負担金」という。)を支払うものとする。

医療機関は、承認決定通知書に記載された限度額一部負担金と医療機関の算定した限度額一部負担金に差があるときは、市長へ報告するものとする。

(支給申請)

第5条 受領委任が承認され、前条第2項の支払いをした世帯主は、国民健康保険高額療養費支給申請書(委任払用)(様式第4号。以下「委任払用申請書」という。)に限度額一部負担金の領収書を添えて市長に提出するものとする。

(支払)

第6条 市長は、提出された委任払用申請書と山口県国民健康保険団体連合会で審査し、決定された診療報酬明細書(以下「審査後診療報酬明細書」という。)を照合のうえ

高額療養費の支給額を決定するものとする。ただし、審査後診療報酬明細書の診療点数と、委任払用申請書の診療点数に差が生じたときは、審査後診療報酬明細書の診療点数により高額療養費を決定するものとする。

なお、高額療養費を決定したときは、国民健康保険高額療養費委任払支給決定通知書（様式第5号・様式第6号）により世帯主及び医療機関に通知し、高額療養費を医療機関に支払うものとする。

（雑則）

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

（施行期日）

この要綱は平成29年4月1日から施行する。

様式第 1 号

国民健康保険高額療養費委任払承認申請書

年 月 日

山口市長 様

住所 山口市

世帯主氏名

TEL

医療費の支払いが困難なため、 年 月診療分の高額療養費委任払を承認して
くださるよう申請します。

被保険者証の記号・番号	山 3 -
療養を受けた者の氏名	
療養を受けた者の生年月日	年 月 日
世帯主との続柄	
療養を受けた医療機関名（診療科）	
入院・外来の別	入院 ・ 外来 ・ 調剤
療養を受けた期間	年 月 日から 日まで 日間
一部負担金の請求額及び点数	円 点
原因	第三者行為 ・ その他
委任払いを必要とする理由	

事務 処理 欄	70 歳以上	ア イ ウ エ オ	現役 一般 低Ⅱ 低Ⅰ	1 割	滞 納 有 ・ 無 同意者 ()	自己負担限度額	高額療養費相当額 (委任払)
	70 歳未満 未就学児			2 割 3 割			

様式第2号

国民健康保険高額療養費委任払承認決定通知書

年 月 日

(世帯主)

様

山口市長

年 月 日付けで申請のありました 年 月診療分の国民健康保険高額療養費委任払について、承認としましたので通知します。

自己負担限度額を適用した一部負担金は下記の金額となりますのでこの決定通知書を医療機関で提示してお支払ください。

なお、下記の金額には入院時の食事代や保険適用外の差額ベッド代などは含まれておりませんので、医療機関に別途お支払ください。

被保険者証の記号・番号	山3ー
療養を受けた者の氏名	
療養を受けた者の生年月日	年 月 日
世帯主との続柄	
医療機関名(診療科)	
入院・外来の別	入院 ・ 外来 ・ 調剤
療養を受けた期間	年 月 日から 日まで 日間
一部負担金の請求額及び点数	円 点
限度額適用区分	
自己負担限度額相当額の一部負担金	円

様式第3号

国民健康保険高額療養費委任払不承認決定通知書

年 月 日

(世帯主)

様

山口市長

年 月 日付けで申請のありました 年 月診療分の
国民健康保険高額療養費委任払について、不承認としましたので通知します。

被保険者証の記号・番号	山3-
療養を受けた者の氏名	
療養を受けた者の生年月日	年 月 日
世帯主との続柄	
医療機関名(診療科)	
入院・外来の別	入院 ・ 外来 ・ 調剤
療養を受けた期間	年 月 日から 日まで 日間
一部負担金の請求額及び点数	円 点
限度額適用区分	
不承認の理由	

様式第4号

国民健康保険高額療養費支給申請書（委任払用）

（ 年 月 診療分）

被保険者証の記号・番号	山3-
世帯主の氏名	
療養を受けた者の氏名	(個人番号)
療養を受けた者の生年月日	年 月 日
世帯主との続柄	
療養を受けた医療機関名	
入院・外来の別	入院 ・ 外来 ・ 調剤
療養を受けた期間	年 月 日から 日まで 日間
一部負担金額及び点数	円 点
自己負担限度額	円
高額療養費相当額（委任払）	円

上記のとおり申請します。

年 月 日

山口市長 様

住所 山口市 _____

世帯主氏名 _____

個人番号 _____

TEL _____

様式第4号（裏面）

委任状

委任者（世帯主）

住所 山口市 _____
氏名 _____ 印

私は、 _____ 年 _____ 月診療分国民健康保険高額療養費の受領に関する権限を下記の者に委任します。

受任者（医療機関等）

所在地 _____
名称 _____
代表者 _____

（受任者の振込口座）

金融機関名	銀行 信用金庫	本店（所） 支店（所）
預金種別	普通 ・ 当座	
口座番号		
（フリガナ） 口座名義		

同意書

（世帯主） _____ 様の _____ 年 _____ 月診療分国民健康保険高額療養費の受領を受任することに同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

受任者（医療機関等）

所在地 _____
名称 _____
代表者 _____ 印
電話 _____

様式第5号

保第 号
年 月 日

(世帯主)

様

山口市長

国民健康保険高額療養費委任払支給決定通知書

年 月 日付けで申請のありました国民健康保険高額療養費委任払について、下記のとおり支給決定しましたので通知します。

記

- 1 支給決定額 円
- 2 支払年月日 年 月 日
- 3 支払先

様式第6号

保第 号
年 月 日

(医療機関等)

様

山口市長

国民健康保険高額療養費委任払支給決定通知書

下記のとおり国民健康保険高額療養費委任払につきまして、下記のとおり支払いの手続きをいたしましたので通知します。

記

- 1 被保険者証の記号・番号 山3-
- 2 療養を受けた者の氏名
- 3 療養を受けた者の生年月日 年 月 日
- 4 支給決定額 円 (年 月診療分)
- 5 支払先口座
- 6 支払年月日 年 月 日