

春日井市国民健康保険高額療養費受領委任払要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、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。）の受領の権限を被保険者が保険医療機関に委任し、当該保険医療機関に対し春日井市が高額療養費を支払うこと（以下「受領委任払」という。）について必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 受領委任払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ができる春日井市国民健康保険の被保険者の属する世帯の世帯主で次に該当するものとする。

- (1) 当該世帯が国民健康保険税を滞納していないこと。
- (2) 当該高額療養費に係る疾病又は負傷が法第60条及び第61条に該当しないこと。
- (3) 当該高額療養費に係る保険給付を受けるべき者が法第62条、第63条及び第64条第2項に該当しないこと。
- (4) 当該高額療養費に係る保険給付を受けるべき者が法第42条第1項第3号又は第4号に該当しないこと。

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

(受領委任払額)

第3条 受領委任払を受けることができる額は、高額療養費の支給見込額とする。

(申請)

第4条 受領委任払を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、高額療養費受領委任払申請書（第1号様式）に次に掲げる書類

を添えて市長に申請しなければならない。ただし、第1号及び第4号に掲げる書類は、提示し、確認を受けることで足りる。

- (1) 保険医療機関からの一部負担金に関する請求書又はこれに代わる書類
- (2) 高額療養費受領委任状（第2号様式）
- (3) 高額療養費支給申請書（春日井市国民健康保険規則（平成6年春日井市規則第28号）第14号様式）
- (4) 国民健康保険被保険者証
（承認等）

第5条 市長は、前条の申請書を受理したときは、直ちにその内容を審査し、受領委任払を承認したときは、高額療養費受領委任払承認通知書（第3号様式）を、不承認のときは高額療養費受領委任払不承認通知書（第4号様式）を申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により承認された者が、支払までの間に第2条に該当しなくなったときは、承認を取り消すことができる。

（支払）

第6条 市長は、受領委任払を受けた者の診療報酬明細書が保険医療機関から送付されたときは、遅滞なく高額療養費を決定し、受領委任払額を保険医療機関へ支払うとともに、高額療養費受領委任払通知（第5号様式）を保険医療機関に送付する。

（過誤調整）

第7条 受領委任払を受けた者の第4条の規定による申請時の診療点数と診療報酬明細書審査後の決定点数に相違があったときは、決定点数にて高額療養費の処理を行い、当該高額療養費を保険医療機関へ支払うものとする。なお、その際に自己負担限度額に差額が生じたときは保険医療機関において調整するものとする。

（返還）

第8条 市長は、療養を受けた者が遡って国民健康保険の資格を喪失した場合又は偽りその他不正な手段により受領委任払を受けた場合は、申請者から第3条の規定による受領委任払額の全部又は一部を直ちに返還させるものとする。

(停止等)

第9条 市長は、受領委任払を受けた者が偽りその他不正な手段により、受領委任払を受けたと認められる場合には、将来に向って受領委任払を行わない。

(雑則)

第10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

この要綱は、平成16年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年5月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、改正前の春日井市国民健康保険高額療養費受領委任払要綱の規定に基づいて調製されている用紙類は、改正後の春日井市国民健康保険高額療養費受領委任払要綱の規定にかかわらず、当分の間、そのまま又は所要の訂正をして使用することがある。

処 理 欄

高額療養費受領委任払申請書

年 月 日

（宛先）春日井市長

次のとおり、高額療養費受領委任払を申請します。なお、申請に際しては高額療養費受領委任払要綱を遵守します

申請者 （世帯主）	フリガナ			被保険者証 記号番号	
	氏 名				
	住 所	（電話 _____）			
療養を受けた内容	療養を受けた者	（ _____ 年 _____ 月 _____ 日生）		性 別	男・女
	期 間	入院・入院外・歯科・調剤 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日			
振 込 先	金 融 機 関 名		フリガナ		
			口座名義人		
	口座種別	普通・当座・その他（ _____ ）	口座番号		
委 任 払 見 込 額	費用額 負担割合 自己負担見込額		申 請 額		
	円 × _____ - _____ 円 =		_____ 円		
自 己 負 担 見 込 額	円 + $\left(\begin{array}{c} \text{費用額} \\ \text{円} - \text{円} \end{array} \right) \times \text{_____} =$		_____ 円		
<p style="text-align: center;">請 求 書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>（宛先）春日井市長</p> <p style="text-align: center;">保険医療機関の所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p>下記の国民健康保険による療養点数に係る一部負担金の額を請求します。 また、診療報酬明細書審査後の決定点数に伴い、自己負担限度額に差額が生じた場合は責任をもって調整いたします。</p>					
国民健康保険 診療総点数	(薬) _____ 円 _____ 点		公費対象点数	結 34 精 32 その他 (_____) _____ 点	

第2号様式（第4条関係）

年 月 日

高額療養費受領委任状

（宛先）春日井市長

住 所

委任者

（世帯主） 氏 名

（ 療 養 者 ）

次の者に 年 月診療に係る国民健康保険法第57条の2の規定の基づく高額療養費の受領に関する権限を委任します。

所在地

受 任 者

（保険医療機関名） 名 称

第3号様式（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

春日井市長

印

高額療養費受領委任払承認通知書

このことについて、 年 月 日に申請のありました高額療養費受領委任払について、次のとおり承認しましたので通知します。

療養者名及び診療月	
療 養 者	
診 療 月	
受領委任払予定金額	
支 給 方 法	

第4号様式（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

春日井市長

印

高額療養費受領委任払不承認通知書

このことについて、 年 月 日に申請のありました療養者
の 年 月分の高額療養費受領委任払については、次
の理由により承認できませんので通知します。

不承認の理由

- 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（愛知県庁内）に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、前記の審査請求のほか、この処分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、春日井市を被告として（訴訟において春日井市を代表する者は春日井市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、前期の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁判があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、前記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁判）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、前記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁判）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第5号様式（第6条関係）

年 月 日

様

高額療養費受領委任払通知

このことについて、 年 月 日に申請のありました高額療養費について、 月 日に指定の口座に振込みましたので通知いたします。

療 養 者 氏 名	診 療 月	振 込 額 (円)
	年 月	