

様式（第3条関係）

国民健康保険高額療養費受領委任状

山梨市長 様

年 月 日提出

委任者 住所

世帯主氏名

受診者氏名

印

私は、下記の対象年月の受診者の診療に係る山梨市国民健康保険の高額療養費の支給に関し、次のことを遵守し、下記の対象年月における高額療養費の受領の権限を下記の医療機関に委任します。

- 1 受診者の自己負担額及び保険外診療の医療費は、委任者が責任を持って受任者に支払います。
- 2 受診者に高額療養費が発生したときは、高額療養費支給申請書への署名及び押印を遅滞なく行います。
- 3 自己負担額に変更が生じたときの差額の取扱いは、受任者との間で協議の上、解決します。

記

| | | | |
|------|------|------|-------------------------|
| 対象年月 | 年 月分 | 世帯区分 | ① 前期高齢 ② 70歳未満 ③ ①と②の混合 |
|------|------|------|-------------------------|

| | | | | |
|---------------|--------|--|------|-------|
| 受任医療機関 記入欄 | 所在地 | | 郵便番号 | |
| | 医療機関名 | | 電話番号 | |
| | 保険診療点数 | | 入外区分 | 入院・外来 |

○受任医療機関 様

- 1 受任者記入欄は、もれなく記入・押印をしてください。また、市民環境課整理欄が未記入の場合は、必ず照会してください（確認者氏名の未記入のものは、受け付けできない場合があります）。
- 2 レセプト到着後（おおむね3箇月後）に高額療養費支給申請書を送付します。委任者に署名・押印をしていただき、医療機関の預金口座を記入の上、返送してください。
- 3 委任払は、1箇月に1医療機関のみ受け付けます。受診者が複数の医療機関を受診した場合は、委任者に他の医療機関での委任状の提出がないことを確認してください（複数の委任払による高額療養費の支給の申請があった場合は、保険診療点数のもっとも多い委任状のみ受け付けます）。

○市民環境課整理欄

| | | | |
|--------|----|-----------------|--|
| | 区分 | 自己負担限度（予定） 額 | |
| 前期高齢 | | 外来 | |
| | | 入院 | |
| 国保世帯全体 | | | |

確認者氏名