別記[様式第1号](http://toweb.city.kobayashi.lg.jp/reiki/reiki_honbun/word/605300011.doc)(第3条関係)

自己負担限度額　　　　　　　　　　　　　　　　　円該当

**国民健康保険高額療養費受領委任払認定申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療を受けた被保険者 |  | | |  | | --- | | 記号番号及び診療年月 | |  | | 年　　　月診療分 | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 資格区分 | 一般　　退職本人　　退職扶養 | |
| 療養期間 | 月　　　　日から　　　月　　　　日までの　　　　日間 | | | | | |
| 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地 |  | | | | | |
| レセプト請求点数 |  | 支給申請金額　(Ａ)－(Ｂ) | |  | | |
| 一部負担金(Ａ) |  |
| 自己負担金(Ｂ) |  | 支給決定金額 | |  | 確認 |  |
| (Ｂ)のうち1％加算分 |  |

(宛先)えびの市長　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

上記について、高額療養費受領委任払の適用を申請します。

住所

申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

(世帯主)ＴＥＬ

|  |
| --- |
| **委任状**  国民健康保険高額療養費の受領を下記保険医療機関等に委任します。  年　　月　　日  申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印  (世帯主) |

|  |
| --- |
| **同意書**  上記支給決定金額の受領については、下記口座に振込指定するとともに、一部負担金の延納について、下記の条件を付して同意します。  　　年　　月　　日  保険医療機関等　　所在地  (スタンプ押印可)　 名称  代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  1.　延納を認める金額は、被保険者が診療窓口で納入すべき一部負担金のうち高額療養費相当額とする。  2.　延納期間は、診療月分のレセプトが国保連合会における審査(再審査を含む。)を経た後、保険者へ提出された日の翌月末までとする。  3.　当該延納金には、利息はつけないものとする。  指定振込口座(スタンプ押印可)  金融機関名  支店名  預金種別(1.普通　2.当座　3.貯蓄)  口座番号  口座名義及びフリガナ |