

# 金沢市国民健康保険高額療養費の支払の特例に関する実施要綱

(昭和 53 年 3 月 22 日決裁)

改正 平成30年11月12日 決裁

改正 令和 2 年 12 月 24 日 決裁

改正 令和 3 年 3 月 19 日 決裁

## (趣旨)

第 1 条 この要綱は、金沢市国民健康保険の被保険者の療養を確保し生活の安定を図るため、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 57 条の 2 の規定に基づく高額療養費（以下「高額療養費」という。）の支給に関し、その支払の特例について必要な事項を定めるものとする。

## (受領委任方式による支払)

第 2 条 市長は、高額療養費の支給に関し、被保険者の属する世帯の世帯主（以下「世帯主」という。）が、当該高額療養費を受領する権限を保険医療機関又は保険薬局（健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 63 条第 3 項第 1 号に規定する保険医療機関又は保険薬局をいう。以下「病院等」という。）に委任した場合は、当該高額療養費を病院等に支払うことができるものとする。

## (適用の要件)

第 3 条 前条の規定による支払方法（以下「受領委任方式」という。）の適用を受けることのできる者は、次に掲げる要件を備えているものでなければならないものとする。

- (1) 高額療養費の受領委任方式による支払について、当該病院等の承諾を得られたものであること。
- (2) 高額療養費に相当する医療費の支払が、真に困難であること。
- (3) 石川県内の病院等において療養を受けたものであること。
- (4) 当該療養が第三者の行為によらないものであること。

## (受領委任方式の承認申請)

第 4 条 世帯主は、受領委任方式の適用を受けようとするときは、国民健康保険高額療養費支給申請書兼受領委任承認申請書（様式第 1 号）に委任状（様式第 2 号）を添えて、市長に申請するものとする。

## (受領委任方式の承認)

第 5 条 市長は、前条の規定による申請を受けたときは、受領委任方式の適用について、被保険者の資格その他必要な事項を調査の上、それを適正であると認めたときは、承認の決定をし、高額療養費受領委任承認書（様式第 3 号）により、その旨を世帯主及び当該申請に係る病院等に通知

するものとする。

(自己負担限度額の支払)

第6条 世帯主は、前条の規定による通知を受けたときは、高額療養費自己負担限度額を病院等に支払うものとする。

(支給決定及び支払期日)

第7条 市長は、受領委任方式に係る国民健康保険診療報酬明細書又は調剤報酬明細書（以下「報酬明細書」という。）を受理したときは、高額療養費の支給を決定し、当該報酬明細書が提出された月の翌月の末日までに、当該高額療養費を病院等に支払うとともに、その旨を世帯主及び病院等に通知するものとする。

(関係機関との協定)

第8条 市長は、この要綱に定める事項の円滑な実施を図るため、必要に応じて石川県内の関係機関及び病院等と協定をとり交わすものとする。

## 附 則

この要綱は、昭和53年4月1日から実施し、同月以後の診療に係る高額療養費から適用する。

### 附 則（平成30年11月12日決裁）

- 1 この要綱は、平成31年1月1日から施行し、同日以後の診療に係る高額療養費から適用する。
- 2 この要綱の施行の際、現に存する改正前の書式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

### 附 則（令和2年12月24日決裁）

- 1 この要綱は、令和3年1月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際現に存するこの要綱による改正前の書式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

### 附 則（令和3年3月19日決裁）

この要綱の施行の際現に存する改正前の書式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

様式第1号(第4条関係)

申請日 年 月 日

国民健康保険高額療養費支給申請書兼受領委任承認申請書

(宛先)金沢市長

次のとおり高額療養費の支給を申請します。なお、既に給付された公費負担額(障害者医療費助成等)のうち、今回申請する高額療養費に該当する部分がある場合は、その受領を金沢市(公費負担者)に委任します。また、高額療養費の受領に関する権限を次の保険医療機関等に委任したいので承認してください。加えて、高額療養費受領委任承認書を次の保険医療機関等に送付することに同意します。

世 帯 主	被保険者記号番号														
	住 所	金沢市													
	氏 名	(署名又は記名押印)				電 話									
個 人 番 号															
受 診 者	氏 名				診療 年月	年 月				入 外	入院・外来				
	個 人 番 号														
保険医療機関又は 保険薬局の名称															
傷病名					一部負担金										

様式第2号(第4条関係)

委任状

(宛先)金沢市長

高額療養費の受領に関する権限を次の者に委任します。

委任者(世帯主)	住 所	氏 名	(署名又は記名押印)		
受任者 (保険医療 機関又は 保険薬局)	所在地				
	名 称				
	代表者名	(署名又は記名押印)			
	振 込 先	金融機関名	支店名	種別	口座番号
				普・当	
口座名義(カタカナで記入してください。)					

高額療養費受領委任承認書

年　月　日

様

金沢市長

金沢市国民健康保険高額療養費の支払の特例に関する実施要綱第2条の規定に基づく高額療養費の受領委任方式による支払について、次のとおり承認します。

記号番号	
受診者名	
診療年月	
入院外来の別	入院・外来
保険医療機関又は 保険薬局の名称	
自己負担額	円

備考 高額療養費の対象とならなかった場合は、速やかにその旨を市にご連絡ください。