

国民健康保険高額療養費支給申請書  
支給申請手続きの簡素化（自動振込）適用関係申請書

年 月 日

|      |   |  |
|------|---|--|
| 申請区分 | <input type="checkbox"/> 自動振込新規申請（“お知らせ”が届いた） | <input type="checkbox"/> 変更申請（内容を変更し自動振込を継続） |
|      | <input type="checkbox"/> 自動振込解除届出（窓口申請に変更）    | <input type="checkbox"/> 自動振込を希望しない（窓口申請の継続） |

- ※1 申請が認められれば、次回以降の高額療養費の手続きが不要（自動振込）となります。  
※2 自動振込を希望しない場合は、下記のうち、「申請者」欄及び二重囲み欄をご記入ください。  
※3 「申請者」欄以下を記入する前に、必ず裏面の承諾事項をご確認ください。

|              |             |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|-------------|------|----|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請者<br>(世帯主) | 被保険者証の記号・番号 |      | 枝番 |       |  |  |  |  |  |  |  |
|              | 氏名          | 生年月日 |    | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |
|              | 住所          |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |
|              | 電話番号        | 個人番号 |    |       |  |  |  |  |  |  |  |

|     |   |  |                           |  |                 |  |  |
|-----|---|--|---------------------------|--|-----------------|--|--|
| 振込先 | <input type="checkbox"/> 令和 年 月診療分の申請書に同じ（記載省略） |  |                           | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用（記載省略） |                 |  |  |
|     | 銀行・農協・信金<br>信組・信漁連<br>その他( )                    |  | 本店・支店<br>支所・主張所<br>その他( ) |  | 口座番号（右づめ）       |  |  |
|     |   |  |                           |  | 種目：普通・当座・貯蓄・その他 |  |  |
|     | 金融機関コード   |  | 店舗コード                     |  | 口座名義人（カタカナ）     |  |  |
|     |   |  |                           |  |                 |  |  |

|      |  |  |
|------|--|--|
| 確認事項 | 医療費助成（ <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 妊 <input type="checkbox"/> ひ <input type="checkbox"/> 寡 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 心 <input type="checkbox"/> なし） |  |
|      | 交通事故等第三者行為（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）   | 無料定額診療事業（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） |
|      | 指定難病等の特定給付対象療養（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）   |  |

- ※4 新規申請の場合は、“お知らせ”記載の診療分の医療機関等への支払い確認を、領収書（原本）で行います（領収書（原本）は、自動振込解除の場合や適用しない場合、毎回の支給申請手続きに必要です）。

|    |  |
|----|--|
| 委任 | 私は、下記の者を代理人と定め、<br>国民健康保険高額療養費の[ <input type="checkbox"/> 申請（届出） <input type="checkbox"/> 受領 ]の権限を委任します。<br>代理人 住所 氏名 電話番号 |
|----|--|

- ※5 高額療養費の受領を世帯主ではない方に委任する場合は、裏面（12）の記載内容をご確認ください。

|  |
|--|
| 花巻市長 様   |
| 私は、裏面の記載内容を確認し、承諾しましたので、高額療養費支給申請手続きの簡素化（自動振込）適用に関し、【 <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 変更申請 <input type="checkbox"/> 解除を届出 <input type="checkbox"/> 窓口申請の適用（継続）を届出 】します。 |

（事務処理欄）

|              |        |  |  |  |   |              |
|--------------|--------|--|--|--|---|--------------|
| 受付年月日（受付者）   | 申請診療年月 | 所得申告   | 滞 納  | 裏面説明   | 承 認   | 口座登録年月日（登録者） |
| 年 月 日<br>( ) | 年 月    | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 承認<br><input type="checkbox"/> 不承認 | 年 月 日<br>( ) |

次の承諾事項について、ご確認ください

(以下、「自動振込」は高額療養費支給申請手続きを簡素化することにより支給が自動化することを指します)。

- (1) 自動振込を希望しない場合は、表面により届け出ることにより、窓口での支給申請手続きとなること。
- (2) 自動振込適用中は、各月の高額療養費支給予定金額等を記載した、申請案内通知(“お知らせ”)は送付しないこと、また、高額療養費の支給があった場合にのみ、支給決定通知書を送付すること。
- (3) 自動振込適用は、令和5年4月診療分以降の月ごとの高額療養費の支給対象、または外来年間合算の支給対象となる場合であること(高額療養費の該当が自動振込適用開始(対象)月より前の場合は、自動振込を申請できないこと)。
- (4) 医療機関等に一部負担金を支払っていなかった場合や、支給済みの高額療養費の額が、世帯の所得区分の変更、診療報酬明細書及び薬剤報酬明細書(レセプト)の再審査等で減額となり返還金が生じた場合は、花巻市(以下、「市」)の判断により、次回以降の高額療養費の支給と調整すること。  
また、調整できない場合は、市の案内に基づき、減額された金額に相当する額を市に返還すること。
- (5) 一部負担金(医療機関等の窓口負担額)の支払状況を、市から医療機関等に照会する場合があること。
- (6) 通勤途中・仕事上の負傷等や交通事故等の第三者行為による負傷があった場合には、「傷病届」を市に提出すること。(国民健康保険法施行規則第32条の6)
- (7) 高額療養費のうち地方単独の公費(重度心身障がい者医療費助成、ひとり親家庭等医療費助成、子ども医療費助成 など)と関わる金額について、市の判断でその全部または一部を地方単独公費担当課に振り替える(調整する)こと。
- (8) 次のいずれかに該当する場合は、自動振込を停止し、高額療養費の該当があれば、支給申請案内通知(“お知らせ”)等を送付すること(所要の確認等完了後、自動振込を再開すること(再申請は不要であること))。  
なお、下記に該当がある場合は、事実発生後、すみやかに市に申し出ること。

|  |
|--|
| ① 一部負担金(医療機関等での窓口負担額)の未払いが判明した場合   |
| ② 一部負担金などの支払い状況について、医療機関等への確認または領収書の確認が必要となった場合(無料低額診療事業を利用している場合や、いわゆる「分割払い」をしている場合 など) |
| ③ 通勤途中・仕事上の負傷等や交通事故等の第三者行為による負傷があった場合  |
| ④ 過年度分の国民健康保険税(国保税)に滞納がある場合  |
| ⑤ その他、市長が必要と認めた場合  |

- (9) 次のいずれかに該当する場合は、自動振込を解除し、高額療養費の該当があれば、支給申請案内通知(“お知らせ”)等を送付すること。  
なお、下記に該当がある場合には、事実発生後、すみやかに市に申し出ること。

|                                    |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| ① 世帯主が簡素化の解除を届け出た場合                | ② 指定難病等の特定給付対象療養が含まれる場合               |
| ③ 世帯主が死亡した場合                       | ④ 世帯主や被保険者証の記号・番号が変更になった場合            |
| ⑤ 口座解約等により指定された金融機関の口座へ振込ができなかった場合 | ⑥ 社会保険加入や他市町村転出などにより加入する医療保険が変更となった場合 |
| ⑦ 申請内容に偽りその他不正があった場合               | ⑧ その他、市長が必要と認めた場合                     |

- (10) 審査等の関係で、通常、支給までに5か月程度時間を要すること、また、再審査等により支給までに6か月以上時間を要することがあること。
- (11) 医療機関等によるレセプトの記載誤りやレセプトの提出漏れなどにより、高額療養費の一部が支給されない場合があるが、その場合は、市では確認ができないため、領収書を準備の上、市まで連絡いただきたいこと。
- (12) 振込先口座は、原則世帯主の口座で、1世帯につき、1口座のみの登録となること(世帯主以外への口座振込を希望する場合は、表面の「委任状」欄の記入が必要となること)。
- (13) 指定の振込先金融機関口座に変更や修正がある場合は、変更申請が必要となること。
- (14) 後期高齢者医療制度(原則75歳から)の対象となった方は、後期高齢者医療制度における高額療養費の手続きが別途必要となること。
- (15) 医療機関等で支払った領収書は、確定申告等で必要な場合があることから、保管いただきたいこと。