

新旧対照表

浦安市国民健康保険高額療養費受領委任払いの実施に関する要綱（平成18年告示第67号）の一部改正

（下線の部分が改正部分）

改 正 後	改 正 前																																																																																																																														
<p><b>第1号様式（第4条）</b> 国民健康保険高額療養費受領委任払い利用承認申請書</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">記号番号 (空)</td> <td style="width:25%;">浦一</td> <td style="width:25%;">療養を受けた 被保険者氏名</td> <td style="width:35%;"></td> </tr> <tr> <td>傷病名</td> <td></td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">医療機関等の名称及び所在地 (名 称) (所在地)</td> <td colspan="2">世帯主との続き柄</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養年月</td> <td>年 月分</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">上記のとおり申請します。 (宛先) 浦安市長</td> <td>年 日 日</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">世帯主 住所 氏名</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">委 任 状</td> </tr> <tr> <td colspan="4">甲(世帯主)は、乙(医療機関等)を代理人と定め、乙で療養を受けたことに係る次の療養年月分の高額療養費の受領に関する権限を委任します。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">療養年月</td> <td>年 月分</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">甲(委任者) 世帯主 住所 氏名</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: right;">㊟</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">同 意 書</td> </tr> <tr> <td colspan="4">乙及び甲は、乙が甲に係る国民健康保険高額療養費を甲に代わり代理受領するとともに、同金額を甲が乙に支払うべき一部負担金と相殺することに同意します。</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">乙(医療機関等) 所在地 名 称 代表者名</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: right;">㊟</td> </tr> </table> <p><small>空 記号番号については、資格確認書、資格情報通知書、マイナポータル等で確認してください。</small></p>	記号番号 (空)	浦一	療養を受けた 被保険者氏名		傷病名		生年月日	年 月 日	医療機関等の名称及び所在地 (名 称) (所在地)	世帯主との続き柄			療養年月	年 月分		上記のとおり申請します。 (宛先) 浦安市長			年 日 日	世帯主 住所 氏名				委 任 状				甲(世帯主)は、乙(医療機関等)を代理人と定め、乙で療養を受けたことに係る次の療養年月分の高額療養費の受領に関する権限を委任します。				療養年月		年 月分	年 月 日	甲(委任者) 世帯主 住所 氏名				㊟				同 意 書				乙及び甲は、乙が甲に係る国民健康保険高額療養費を甲に代わり代理受領するとともに、同金額を甲が乙に支払うべき一部負担金と相殺することに同意します。							年 月 日	乙(医療機関等) 所在地 名 称 代表者名				㊟				<p><b>第1号様式（第4条）</b> 国民健康保険高額療養費受領委任払い利用承認申請書</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;"><u>被保険者証 の記号番号</u></td> <td style="width:25%;">浦一</td> <td style="width:25%;">療養を受けた 被保険者氏名</td> <td style="width:35%;"></td> </tr> <tr> <td>傷病名</td> <td></td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">医療機関等の名称及び所在地 (名 称) (所在地)</td> <td colspan="2">世帯主との続き柄</td> <td></td> </tr> <tr> <td>療養年月</td> <td>年 月分</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">上記のとおり申請します。 (宛先) 浦安市長</td> <td>年 日 日</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">世帯主 住所 氏名</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">委 任 状</td> </tr> <tr> <td colspan="4">甲(世帯主)は、乙(医療機関等)を代理人と定め、乙で療養を受けたことに係る次の療養年月分の高額療養費の受領に関する権限を委任します。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">療養年月</td> <td>年 月分</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">甲(委任者) 世帯主 住所 氏名</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: right;">㊟</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">同 意 書</td> </tr> <tr> <td colspan="4">乙及び甲は、乙が甲に係る国民健康保険高額療養費を甲に代わり代理受領するとともに、同金額を甲が乙に支払うべき一部負担金と相殺することに同意します。</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">乙(医療機関等) 所在地 名 称 代表者名</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: right;">㊟</td> </tr> </table>	<u>被保険者証 の記号番号</u>	浦一	療養を受けた 被保険者氏名		傷病名		生年月日	年 月 日	医療機関等の名称及び所在地 (名 称) (所在地)	世帯主との続き柄			療養年月	年 月分		上記のとおり申請します。 (宛先) 浦安市長			年 日 日	世帯主 住所 氏名				委 任 状				甲(世帯主)は、乙(医療機関等)を代理人と定め、乙で療養を受けたことに係る次の療養年月分の高額療養費の受領に関する権限を委任します。				療養年月		年 月分	年 月 日	甲(委任者) 世帯主 住所 氏名				㊟				同 意 書				乙及び甲は、乙が甲に係る国民健康保険高額療養費を甲に代わり代理受領するとともに、同金額を甲が乙に支払うべき一部負担金と相殺することに同意します。							年 月 日	乙(医療機関等) 所在地 名 称 代表者名				㊟			
記号番号 (空)	浦一	療養を受けた 被保険者氏名																																																																																																																													
傷病名		生年月日	年 月 日																																																																																																																												
医療機関等の名称及び所在地 (名 称) (所在地)	世帯主との続き柄																																																																																																																														
	療養年月	年 月分																																																																																																																													
上記のとおり申請します。 (宛先) 浦安市長			年 日 日																																																																																																																												
世帯主 住所 氏名																																																																																																																															
委 任 状																																																																																																																															
甲(世帯主)は、乙(医療機関等)を代理人と定め、乙で療養を受けたことに係る次の療養年月分の高額療養費の受領に関する権限を委任します。																																																																																																																															
療養年月		年 月分	年 月 日																																																																																																																												
甲(委任者) 世帯主 住所 氏名																																																																																																																															
㊟																																																																																																																															
同 意 書																																																																																																																															
乙及び甲は、乙が甲に係る国民健康保険高額療養費を甲に代わり代理受領するとともに、同金額を甲が乙に支払うべき一部負担金と相殺することに同意します。																																																																																																																															
			年 月 日																																																																																																																												
乙(医療機関等) 所在地 名 称 代表者名																																																																																																																															
㊟																																																																																																																															
<u>被保険者証 の記号番号</u>	浦一	療養を受けた 被保険者氏名																																																																																																																													
傷病名		生年月日	年 月 日																																																																																																																												
医療機関等の名称及び所在地 (名 称) (所在地)	世帯主との続き柄																																																																																																																														
	療養年月	年 月分																																																																																																																													
上記のとおり申請します。 (宛先) 浦安市長			年 日 日																																																																																																																												
世帯主 住所 氏名																																																																																																																															
委 任 状																																																																																																																															
甲(世帯主)は、乙(医療機関等)を代理人と定め、乙で療養を受けたことに係る次の療養年月分の高額療養費の受領に関する権限を委任します。																																																																																																																															
療養年月		年 月分	年 月 日																																																																																																																												
甲(委任者) 世帯主 住所 氏名																																																																																																																															
㊟																																																																																																																															
同 意 書																																																																																																																															
乙及び甲は、乙が甲に係る国民健康保険高額療養費を甲に代わり代理受領するとともに、同金額を甲が乙に支払うべき一部負担金と相殺することに同意します。																																																																																																																															
			年 月 日																																																																																																																												
乙(医療機関等) 所在地 名 称 代表者名																																																																																																																															
㊟																																																																																																																															

改 正 後

改 正 前

第3号様式 (第6条)

国民健康保険高額療養費受領委任払い支給申請書

受領委任払い利用者氏名 (被保険者)	
記号番号	浦一
療養年月	年 月分
請求点数	点
高額療養費算定基準額の納入年月日	年 月 日
納入済みの高額療養費算定基準額	円

上記の者は、健康保険一部負担金のうち高額療養費算定基準額を完納したので、浦安市国民健康保険高額療養費受領委任払いの実施に関する要綱第6条の規定により受領委任払いの申請をします。なお受領委任払いの額は、千葉県国民健康保険団体連合会において審査された決定点数に基づき算出されることに異議はありません。

(宛先) 浦安市長

年 月 日

(医療機関等)所在地

名 称

代表者名

振込口座等						
金融機関名	銀行・組合		本店			
	金庫・労金		支店			
口座種別	普通・当座					
口座番号						
(フリガナ)						
口座名義人						

附 則

この告示は、令和6年12月2日から施行する。

第3号様式 (第6条)

国民健康保険高額療養費受領委任払い支給申請書

受領委任払い利用者氏名 (被保険者)	
被保険者証記号番号	浦一
療養年月	年 月分
請求点数	点
高額療養費算定基準額の納入年月日	年 月 日
納入済みの高額療養費算定基準額	円

上記の者は、健康保険一部負担金のうち高額療養費算定基準額を完納したので、浦安市国民健康保険高額療養費受領委任払いの実施に関する要綱第6条の規定により受領委任払いの申請をします。なお受領委任払いの額は、千葉県国民健康保険団体連合会において審査された決定点数に基づき算出されることに異議はありません。

(宛先) 浦安市長

年 月 日

(医療機関等)所在地

名 称

代表者名

振込口座等						
金融機関名	銀行・組合		本店			
	金庫・労金		支店			
口座種別	普通・当座					
口座番号						
(フリガナ)						
口座名義人						