高額療養費代理委任状　（　　年　　月診療分）

受任者（医療機関等）が記入するところ	受任者	住所	〒
		氏名	㊞
	受渡希望の銀行等	金融機関名	銀行 金庫　　店
		口座番号	普 通 ・ 当 座
		フリガナ 口座名義人	
	窓口で受け取った額 該当する数字をマルで囲んでください。６のときは金額にもマルで囲んでください。		1 上位所得者アの自己負担限度額 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 円 252,600円＋(総医療費 ＿＿＿＿＿ －842,000円)×1% 2 上位所得者イの自己負担限度額 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 円 167,400円＋(総医療費 ＿＿＿＿＿ －558,000円)×1% 3 一般所得者ウの自己負担限度額 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 円 80,100円＋(総医療費 ＿＿＿＿＿ －267,000円)×1% 4 一般所得者エの自己負担限度額（57,600円） 5 低所得者オ(非課税世帯）の自己負担限度額（35,400円） 6 多数該当の自己負担限度額 （上ア 140,100円　/上イ93,000円　/一ウエ 44,400円 /低オ 24,600円 ）

委任者（組合員）が記入するところ	上記の者に対して、次の事項を委任します。 （療養を受けた被保険者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿ の ＿＿＿＿年＿＿＿月 分の療養に係る高額療養費の受領に関すること。 年　　月　　日 委任者（組合員）　住所 氏名　㊞ 被保険証記号番号　９０－　・　（枝番） 中央建設国民健康保険組合理事長　殿

（注意）一、委任者（組合員）の方へ
① この代理委任状は、一部負担金の支払いが困難なため、保険医療機関等に高額療養費受療の権利を委譲する場合に、作成していただくものです。
② 委任状は、「高額療養費支給申請書」に添付し、当組合に提出してください。療養の期間が２ヶ月以上にわたるときは、診療月ごとに作成してください。
二、受任者（医療機関等）の方へ
① この給付金は、診療報酬明細書と照合のうえ支払います。
② 後日所得区分の変更等により自己負担額に差額が生じた場合、委任者（組合員）と受任者（医療機関等）とで調整をしていただくことがあります。

わからないことがありましたら、当組合支部または下記本部担当課までお問い合わせください。

〒171-0014　東京都豊島区池袋2-16-13
電話　03（6709）2929　（代表）
中央建設国民健康保険組合　　給付課

中建国保様式給付第28号