

高額療養費代理委任状 ( 年 月診療分)

受任者 (医療機関等)	住所	〒	
	氏名	⑩	
	金融機関名	銀行 金庫	店
	口座番号	普通・当座	
受渡希望の 銀行等	フリガナ 口座名義人		
窓口で受け取った額	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)		
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。			

委任者 (組合員)	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	_____ ⑩
	被保険者記号番号	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

- 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。
- 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

- この給付金は、診療報酬明細書と照合のうえ支払います。
- 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