



鴨川市国民健康保険高額療養費支給申請手続の簡素化に関する取扱要綱を次のように定める。

令和 8 年 9 月 18 日

鴨川市長 佐々木 久之



鴨川市告示第 152 号

鴨川市国民健康保険高額療養費支給申請手続の簡素化に関する取扱要綱

(趣旨)

第 1 条 この告示は、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号。以下「法」という。）第 57 条の 2 に規定する高額療養費（以下「高額療養費」という。）の支給申請において、被保険者の負担軽減及び事務の効率化のため、国民健康保険法施行規則（昭和 33 年厚生省令第 53 号。以下「省令」という。）第 27 条の 17 の規定により手続を簡素化すること（以下「手続の簡素化」という。）について必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第 2 条 この告示において使用する用語は、法、国民健康保険法施行令（昭和 33 年政令第 362 号。以下「政令」という。）及び省令において使用する用語の例による。

(対象者)

第 3 条 手続の簡素化をすることができる者は、鴨川市国民健康保険の被保険者（以下「被保険者」という。）の属する世帯の世帯主であって、本市の国民健康保険税（延滞金を含む。）の滞納及び保険医療機関等への一部負担金の未納がないものとする。

(手続の簡素化の申請)

第 4 条 前条に規定する対象者であって、手続の簡素化を受けようとするものは、鴨川市国民健康保険高額療養費支給申請手続の簡素化の承認申請書（別記第 1 号様式）を市長に提出し、その承認を受けなければならない。

(高額療養費の支給)

第 5 条 市長は、前条の規定による承認を受けた者及び当該者の世帯に属する被保険者が当該承認を受けた日の翌月以後に政令第 29 条の 2 の規定により支給される高額療養費の支給の対象となったときは、当該者の省令第 27 条の 16 の規定による高額療養費の支給申請を要しないものとし、法第 57 条の 2 の規定により高額療養費を支給することができる。

2 市長は、前項の規定により高額療養費を支給する場合は、その旨を前条に規定する承認を受けた者に対して通知するものとする。

(振込口座の変更等)

第 6 条 第 4 条の規定による承認を受けた者が振込先口座の変更又は当該承認の取消しを申し出る場合には、鴨川市国民健康保険高額療養費支給手続の自動振込口座変更（承認取消）申出書（別記第 2 号様式）を市長に提出するものとする。

(手続の簡素化の承認の取消し)

第 7 条 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、第 4 条に規定する承認を取り消すものとする。

- (1) 第 3 条に規定する対象者の要件を満たさなくなったとき。
- (2) 指定のあった金融機関の口座に振り込むことができなくなったとき。

(3) 手続の簡素化の承認を受けた者から第6条の規定による承認の取消しの申出があったとき。

(4) 申請の内容に偽りその他不正があったとき。

(5) 公費負担医療その他の医療費助成制度による助成を受けているとき。

(その他)

第8条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この告示は、令和8年10月1日から施行する。

鴨川市国民健康保険高額療養費支給申請手続の簡素化の承認申請書

令和      年      月      日

(宛て)  
鴨川市長

申請者（世帯主）  
記号・番号 23－  
郵便番号 〒      －  
住 所  
氏 名  
電話番号      －      －

1 簡素化の対象であるか確認

| 簡素化するための適用要件<br>(該当欄に「ある」に該当する場合は、簡素化の対象外) | 該当するものを○で囲んでください。 |
|--------------------------------------------|-------------------|
| 国民健康保険税に未納となっているものがありますか                   | ある ・ ない           |
| 医療機関等へ未納となっている一部負担金の支払いがありますか              | ある ・ ない           |

2 申請及び振込口座などについて

裏面の同意事項に了承するとともに、簡素化の対象となる条件（上記1のいずれも「ない」）に該当するため、鴨川市国民健康保険に係る高額療養費が今後発生した場合は、申請することなく下記の口座に支給されるように申請します。また、支給決定内容を確認するため、公簿を閲覧することに同意します。

| 金融機関の名称及び支店名                 |  | 種 目         | 口 座 番 号        |
|------------------------------|--|-------------|----------------|
| 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農業協同組合 |  | (該当するものに○印) | (右詰めで記入してください) |
| 本店<br>支店<br>支所<br>出張所        |  | 1 普通預金      |                |
| 金融機関コード                      |  | 2 当座預金      |                |
| 店舗コード                        |  |             |                |
| 口座名義人<br>(カタカナ)              |  |             |                |

3 【受取代理人の欄】（世帯主以外の方の口座にする場合に記入してください。）

|                |                                                 |         |
|----------------|-------------------------------------------------|---------|
| 世帯主            | 本申請に基づく高額療養費の受領を次の代理人に委任します。<br>年      月      日 |         |
|                | 氏名      印<br>住所                                 |         |
| 代理人<br>(口座名義人) | 〒      －<br>住所<br>電話番号      －      －            | 世帯主との続柄 |
|                | 氏 名      印                                      |         |

この申請は、鴨川市国民健康保険の高額療養費の支給のために利用いたします。

裏面に同意事項があります。

同意事項

|                                                                          |                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <p>同意するものの□にレ点を付してください。</p> <p>(手続の簡素化をするためには全ての項目に同意していただく必要があります。)</p> |                                                                       |
| <input type="checkbox"/>                                                 | 振込口座は、1世帯につき1口座のみです。対象となった被保険者に応じて口座を分けることはできません。                     |
| <input type="checkbox"/>                                                 | 世帯主が変更又は死亡した場合は、手続の簡素化に係る承認が取り消されます。再度、手続の簡素化を希望される場合は改めて申請する必要があります。 |
| <input type="checkbox"/>                                                 | 国民健康保険税に未納が生じた場合、手続の簡素化に係る承認が取り消される場合があります。                           |
| <input type="checkbox"/>                                                 | 医療機関等へ医療費の一部負担金を支払っていなかった場合、手続の簡素化に係る承認が取り消されます。                      |
| <input type="checkbox"/>                                                 | 指定された金融機関の口座へ高額療養費の振込ができない場合は、手続の簡素化に係る承認が取り消されます。                    |
| <input type="checkbox"/>                                                 | 公費負担医療その他の医療費助成制度による助成を受けた場合は、手続の簡素化に係る承認が取り消される場合があります。              |
| <input type="checkbox"/>                                                 | 医療機関等へ医療費の一部負担金を支払っていなかった場合は、支給済みの高額療養費を返還します。                        |
| <input type="checkbox"/>                                                 | 通勤途中や仕事上の負傷や第三者の行為により負傷の際は、必ず市に届け出ます。                                 |
| <input type="checkbox"/>                                                 | 承認された振込口座を変更又は手続の簡素化に係る承認を取消したい場合は、必ず届け出ます。                           |

第2号様式（第6条関係）

鴨川市国民健康保険高額療養費支給手続の自動振込口座変更（承認取消）申出書

年 月 日

（宛て）

鴨川市長

鴨川市国民健康保険高額療養費支給手続について、自動振込の口座変更（承認の取消し）をしたいので、以下のとおり申し出ます。

【申請者（世帯主）記入欄】

住 所

世帯主氏名

電話番号

【口座変更】

☐ 高額療養費の振込先について、下記振込先への変更を依頼します。

|                 |                      |      |  |              |
|-----------------|----------------------|------|--|--------------|
| 振込先             | 銀行<br>金庫<br>組合<br>農協 |      |  | 本店<br><br>支店 |
| 預金種目            | 1. 普通<br>2. 当座       | 口座番号 |  |              |
| (フリガナ)<br>口座名義人 |                      |      |  |              |

◆世帯主以外の口座に振り込む場合

上記口座名義人に高額療養費の受領を委任します。

世帯主氏名

印

【承認の取消し】

☐ 高額療養費支給手続について、手続の簡素化（自動振込）の承認の取消しを依頼します。