

郡山市重度心身障害者医療費一部負担金受領委任に関する要綱

平成 19 年 3 月 23 日制定
[保健福祉部障がい福祉課]

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、重度心身障害者医療費に係る一部負担金が高額であるために、その支払が困難な重度心身障害者の負担軽減を図るため、支給すべき助成金の受領の権限の委任（以下「受領委任」という。）に関し必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第 2 条 この要綱において定める「重度心身障害者医療費に係る一部負担金」とは、郡山市重度心身障害者医療費の助成に関する条例（昭和 48 年郡山市条例第 9 号。以下「条例」という。）

第 2 条第 5 項に規定する一部負担金をいう。

(対象者)

第 3 条 重度心身障害者医療費に係る一部負担金（以下「一部負担金」という。）の受領委任の適用を受けることができる者は、一部負担金の支払いが著しく困難である条例第 3 条に規定する者で、条例第 4 条に規定する助成金の受領を、病院、診療所又は薬局（以下「医療機関」という。）に委任したものとする。

(申請手続)

第 4 条 一部負担金の受領委任の適用を受けようとする者は、重度心身障害者医療費受領委任承認申請書（第 1 号様式。以下「申請書」という。）及び委任状兼同意書（第 2 号様式）に次に掲げる書類を添えて市長に申請しなければならない。

- (1) 健康保険被保険者証
- (2) その他市長が必要と認める書類

(申請書の承認)

第 5 条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その承認又は不承認の決定をし、重度心身障害者医療費受領委任承認・不承認通知書（第 3 号様式。以下「承認等通知書」という。）により、その旨を申請を行った者に通知するものとする。

2 前項の規定により承認を受けた者（以下「対象者」という。）は、当該承認等通知書を医療機関に提示しなければならない。

(医療機関の責務)

第 6 条 医療機関は、前条第 1 項の承認等通知書の内容に変更が生じた場合は、速やかに対象者及び市長にその旨を報告しなければならない。

(支払)

第 7 条 市長は、承認等通知書で承認された一部負担金額を受領委任を受けた医療機関が指定する口座に振り込む方法により、当該一部負担金を支払うものとする。

2 前項の手続きを行った場合は、市長は、医療機関に受領委任振込通知書（第 4 号様式）により通知する。

(変更による追加給付・返納)

第 8 条 市長は、受領委任の承認の変更又は取消しをした場合において、既に医療機関が指定する口座に振込みがされているときは、当該対象者に対し差額を支給し、又は返納を求めるものとする。

2 対象者は、前項の規定による請求があったときは、これに応じなければならない。

(届出の義務)

第9条 対象者は申請書に記載した事項に変更があったときは、速やかに市長に届けなければならない。

(申請の無効)

第10条 対象者が受領委任の申請後に、当該療養に係る一部負担金をすべて支払った場合には、当該申請は、なされなかったものとみなす。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

(郡山市重度心身障害者医療費に係る一部負担金貸付斡旋に関する要綱の廃止)

2 郡山市重度心身障害者医療費に係る一部負担金貸付斡旋に関する要綱(昭和61年4月1日制定)は、廃止する。

重度心身障害者医療費受領委任承認申請書

申請者記入欄	
郡山市長 住所 申請者氏名 電話番号	平成 年 月 日 印
郡山市重度心身障害者医療費一部負担金受領委任に関する要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。	

受給者番号	郡山第 号	受給者名 氏名	生 年 日 月 日	明昭 ・ ・ 年 月 日 大平
加入保険別 世帯主・組合員 被保険者氏名		保険証 の記号 番号	保険者 名称	

医療機関記入欄																			
診療科目	1 医 科	2 歯 科	3 調 剤	4 そ の 他	診療科目	1 内 科	2 小 児 科	3 外 科	4 小 児 科	5 脳 外 科	6 皮 膚 科	7 泌 尿 科	8 整 骨 科	9 眼 科	10 耳 科	11 婦 科	12 精 神 科	13 放 射 線 科	14 そ の 他
1 更生医療等	2 更生医療 特定疾病		3 特定疾病		4 特定疾病 (付加給付)		5 継続健保		6 法人税法施行 による減額										

保険診療証明書

医療機関・薬局
コード

診療月	年	月	分	保険診療	
保険診療総点数（予防法等点数）					一部負担金
1 入院	点				
2 入院外	(結・精) 点				
入院日数	日	診療実日数	日	円	

平成 年 月 日

住所
医療機関 名称
氏名



委任状

_____の平成 _____年 _____月分の療養に係る郡山市重度心身障害者医療費一部負担金の受領に関する一切の権限を、下記の医療機関に委任します。

平成 _____年 _____月 _____日

住 所

委任者

氏 名

印

郡 山 市 長 様

同意書

_____様から委任されました郡山市重度心身障害者医療費一部負担金の受領に関する権限を受任することに同意します。

平成 _____年 _____月 _____日

所 在 地

医療機関 名 称

氏 名

印

郡 山 市 長 様

様

郡山市長



郡山市重度心身障害者医療費一部負担金受領委任承認・不承認通知書

年 月 日付けで申請のあった重度心身障害者医療費一部負担金の受領委任
 について、次のとおり通知します。

区 分	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認
番 号	
受給者氏名 生年月日	(年 月 日生)
一部負担金の受領 を受託した医療機関	所 在 地 名 称 氏 名
診療を受けた年月	年 月分
一部負担金	円
不承認の理由	

第4号様式

平成 年 月 日

(医療機関)

様

郡山市長

印

郡山市重度心身障害者医療費一部負担金受領委任振込通知書

このことについて、下記のとおり振込みしましたので通知します。

受給者氏名	別紙明細書のとおり
診療を受けた年月	別紙明細書のとおり
振込金額	円
振込日	年 月 日

