

裏面をお読み下さい

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

## 高額療養費銀行口座振込依頼書

大阪自動車整備健康保険組合理事長 様

平成 年 月 日

記号

番号

〒

被保険者

住所

氏名

㊞

電話 ( )

健康保険組合より支給される高額療養費の受領について、下記の口座に振込んでください。

記

	銀行名	支店名	口座名義人
振込 銀行	銀行	本店	フリガナ
	信用金庫	支店	
(郵便局除く)	普通・当座	口座番号 (左づめ記入)	

(注1) 振込口座は原則被保険者本人の口座に限ります。

(注2) 受け取りを代理人に委任する場合、別紙「委任状」が必要となりますので組合まで連絡して下さい。

(注3) 受け取りを代理人に委任する場合、高額療養費に該当する都度「委任状」が必要です。

個人情報の取扱いについて

●この情報は、高額療養費の支給に限り使用します。

「高額療養費を振り込むための銀行口座をお知らせください」

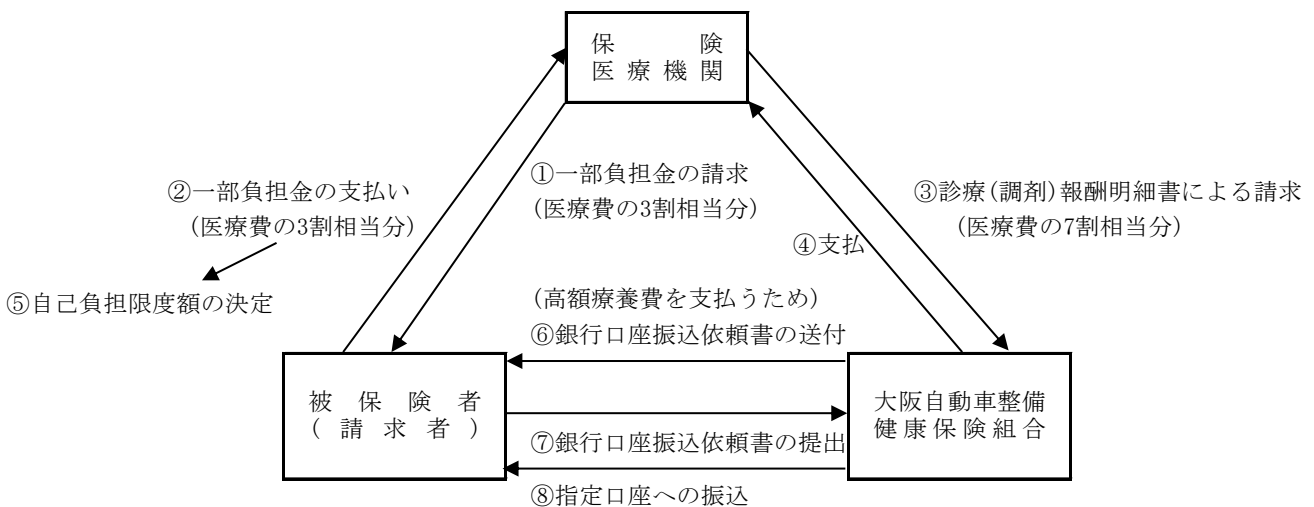
保険診療においては高額療養費算定基準額を超える自己負担がある場合について、超えた分を償還払いするという高額療養費制度があります。

従来は被保険者からの請求払いでしたが、これを自動払いに改めたことで高額療養費に該当している被保険者に還付金（高額療養費）をお支払いするために被保険者の銀行口座をお知らせしていただく必要があります。

そのため、「高額療養費銀行口座振込依頼書」を送付しましたから、所定の欄に記入のうえ、健保組合に返送してください。

なお、届出いただいた銀行口座は、今後、高額療養費に該当した場合の振込み銀行口座となりますから変更があればお知らせください。

提出先 〒542-0066  
大阪府大阪市中央区瓦屋町2-11-16  
大阪自動車整備健康保険組合  
TEL06-6762-6371



『一般的な高額療養費の算定例』

(例) 患者が70歳未満、被保険者の標準報酬月額が280千円以上530千円未満で、医療費(保険適用分)が1,000,000円の場合

- ①・②⇒一部負担金：1,000,000円×3割＝300,000円・・・（保険医療機関で支払います）
- ③・④⇒健保支払分：1,000,000円×7割＝700,000円・・・（保険医療機関が健康保険組合に請求します）
- ⑤⇒自己負担限度額：80,100円＋(1,000,000円－267,000円)×1%＝87,430円
- ⑧⇒高額療養費支給額：300,000円－87,430円＝212,570円

『自動払い』の流れ 上の図の⑥、⑦、⑧のとおりです。

※条件(年齢・報酬等)により、負担割合や自己負担限度額が変わりますので、詳しくは組合までお問い合わせ下さい。

「健康保険限度額適用認定証」を保険医療機関に提示すれば、窓口負担は⑤自己負担限度額までとなります。  
「健康保険限度額適用認定証」の申請・交付については当組合までご連絡下さい。

# 委任状

大阪自動車整備健康保険組合 理事長 様

私は \_\_\_\_\_ を代理人と定め、次の権限を委任します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月分 高額療養費の受領に関すること。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記号

\_\_\_\_\_

番号

\_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

被保険者

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

電話 ( \_\_\_\_\_ )