

様式第1号(第3条関係)

国民健康保険高額療養費支給手続簡素化申請書兼承諾書

世帯主	被保険者記号番号		
	氏名		生年月日
	住所		

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農協 ( )	本店 支店・支所 出張所 ( )	預金種別
			<input type="checkbox"/> 普通
			<input type="checkbox"/> 当座
口座番号		口座名義人(カタカナ)	

届出内容	<input type="checkbox"/>	新規	高額療養費の支給手続の簡素化を希望します。
	<input type="checkbox"/>	変更	高額療養費の振込先を変更します。
	<input type="checkbox"/>	解除	簡素化申請の解除を依頼します。

<b>【承諾事項】</b>	
1	一部負担金等について疑義が生じた場合は、町において医療機関に照会すること。
2	世帯主の変更や被保険者の記号番号及び振込口座に変更があった場合は、再度申請を行うこと。
3	高額療養費の支給後に、医療機関等から町への請求金額等に変更があり、返還額が発生した場合は、町へ返還すること。
4	交通事故等の第三者行為の対象となった場合は、届出書を提出すること。
5	無料低額診療事業を利用した場合は、その旨を町へ申し出ること。
6	同意事項に反する内容で支給を受けたときは、支給を受けた高額療養費の返還を行うこと。
7	次の各号に該当した場合、手続の簡素化の対象とならないこと。 (1) 国民健康保険税に滞納が生じた場合 (2) 指定した金融機関の口座に入金ができない場合 (3) 令和3年12月以前に申請の勸奨があった高額療養費の支給をうける場合 (4) 申請の内容に偽りその他不正があった場合 (5) 前各号に掲げるもののほか、町長が適当でないと認める場合

年 月 支給勸奨分以降の給付について、  
上記全ての承諾事項を確認し、申請します。

年 月 日

申請者(世帯主) 住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

連絡先

\_\_\_\_\_

個人番号

\_\_\_\_\_