

国民健康保険高額療養費支給手続簡素化申請書兼同意書

令和 年 月 日

瀬戸内市長 殿

高額療養費の支給申請について、下記の事項に同意の上、申請します。

世帯主 (申請者)	被保険者番号	岡 8 2 ー										
	住 所											
	氏 名											
	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和			年		月		日			
	個 人 番 号											
	電 話 番 号											
	申 請 内 容	<input type="checkbox"/> 新規			<input type="checkbox"/> 変更				<input type="checkbox"/> 解除			

<同意事項>

- 1 医療費の支払い状況について、市から医療機関等に照会する場合があること。
- 2 交通事故等の第三者行為による診療がある場合は、速やかに申し出ること。
- 3 高額療養費の支給後、医療機関等が算出した請求額に変更が生じた場合は、返還若しくはその後発生する高額療養費と相殺すること。
- 4 申請翌月以降に発生する高額療養費の支給について、指定口座に振り込むこと。
- 5 以下の場合は、指定口座への振り込みが停止され、従前の申請を行うこと。
  - (1) 世帯主に資格異動が生じた場合
  - (2) 国民健康保険税の滞納が発生した場合
  - (3) 指定口座へ振り込みができなかった場合

指定口座（新規または変更の申請者のみ記入）

<input type="checkbox"/>	公金受取口座を指定する。											
<input type="checkbox"/>	金融機関	銀行 農協 信金 労金				店名	本店 支店 本所 支所		預金種別	普通 当座		
	口座番号							口座名義人 (カタカナ)				

なお、世帯主と口座名義人が異なる場合は、以下の委任欄への記入が必要です。

委 任 欄	委任者（世帯主）											
	氏名	_____										
	受任者（口座名義人）											
	住所	_____										
	氏名	_____										
		世帯主との関係（            ）										