

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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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 - 0 0 0 0 0 0 0											
	住 所	瀬戸内市〇〇町〇〇一××											
	氏 名	瀬戸内 太郎											
	生 年 月 日	大正			昭和	平成			0年	0月	0日		
	個 人 番 号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	電 話 番 号	* * * - * * * * - * * * *											
	申 請 内 容	<input checked="" type="checkbox"/> 新規			<input type="checkbox"/> 変更				<input type="checkbox"/> 解除				

<同意事項>

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
 - 世帯主に資格異動が生じた場合
 - 国民健康保険税の滞納が発生した場合
 - 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 checked="" 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	0	0	0	0	0	0	0	口座名義人 (カタカナ)	セトウチ ハナコ		

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 瀬戸内 太郎										
	受任者（口座名義人）	住所 瀬戸内市〇〇町〇〇一××										
		氏名 瀬戸内 花子										
		世帯主との関係（ 妻 ）										