

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

年 月 日

安来市長 様

高額療養費の支給申請手続の簡素化について、次のとおり申請いたします。

申請内容	自動振込再開 ・ 口座変更 ・ 自動振込停止 (申請月の翌月支給分から反映されます)		被保険者 記号番号	06 -
申請者 (世帯主)	住 所	安来市 連絡先: () -		
	氏 名	大・昭・平 年 月 日生	個人番号	
来庁者	住 所	安来市 連絡先: () -		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> その他(続柄:)	個人番号	

※自動振込再開を申請される方は、下記の承諾事項を必ずご確認ください。

振込先口座	金融機関	銀行 農協 金庫	本店 支店 出張所	種別	普通 当座
	口座名義	(フリガナ)	口座番号		

※振込先口座が世帯の異なる方の口座である場合、下記の委任状を記入してください。

委任状	本申請に基づく高額療養費の受領を受任者に委任します。	
	年 月 日	
	委任者(世帯主)	氏 名 _____ 印
	受任者(口座名義人)	氏 名 _____ (続柄) _____
	住 所 _____	電話番号 _____

承諾事項 同意のうえ <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	承諾事項
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 今後、高額療養費が発生した際は、上記の口座に振り込むこと。 ただし、世帯主や記号番号に変更があった場合は、自動振り込みが停止されること。 2. 国民健康保険税に滞納がある場合は、自動振り込みを停止するおそれがあること。 3. 指定した口座に振り込みできない場合や、申請内容に偽りや不正がある場合は、 自動振り込みが停止されること。 4. 高額療養費の支給後、医療機関等から安来市への請求金額に変更があり、市へ返還すべき 高額療養費が判明した場合は、市へ返還すること。ただし、次回以降の支給額で調整する場合があること。 5. 医療費の一部負担金の未払がないこと。未払があった場合、支給済の額を市へ返還すること。 6. 通勤途中、仕事上の負傷や交通事故等の第三者行為による負傷の際は、必ずその旨を届け出ること。 <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>上記全ての事項について承諾のうえ、高額療養費の支給手続簡素化を申請します。</p>