国民健康保険高額療養費支給申請手続簡素化申出書

市川三郷町長　殿

高額療養費の支給申請（手続の簡素化）について、次のとおり申出いたします。

申請者（世帯主）	被保険者記号番号	6					―				
	氏名							生年月日	年　月　日		
	住所	市川三郷町									
	電話番号	―　―					個人番号				
申請内容 ○で囲んでください	新　規　・　振込口座変更　・　解　除										
振込先口座	□ 振込口座を指定する（振込先口座を記入してください。）										
	銀行 農協 信用金庫 信用組合		本店 支店					普通　当座　その他 口　座　番　号			
	口座名義人 ※カタカナで記入										
	□ 公金受取口座を利用する										

【　承　諾　事　項　】

1　医療機関等に支払うべき一部負担金（以下「一部負担金」という。）を遅滞なく支払うこと。
2　一部負担金について、疑義が生じた場合は、必要に応じて町が医療機関等に照会すること。
3　高額療養費支給後に、審査や所得区分の変更等により過払いが生じた場合、町へ返還すること。
4　交通事故等の第三者行為、通勤中もしくは仕事中の負傷、一部負担金の未払い、無料低額診療の適用に該当する場合は、その旨町に申し出ること。
5　世帯主や被保険者証の記号番号、振込先口座に変更があった場合は再度申請を行うこと。
6　承諾事項に反する内容で支給を受けた場合は、支給を受けた高額療養費の返還すること。
7　次の各号のいずれかに該当する場合、手続きの簡素化の対象をならないこと。
　（1）国民健康保険税の滞納が生じた場合
　（2）指定した振込先金融機関口座への振込ができなくなった場合
　（3）申請の内容に偽りその他不正があった場合
　（4）その他町長が不適当と認める場合

上記の全ての事項について承諾の上、申請します。

令和　　年　　月　　日　　申請者（世帯主）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【　委　任　状　】（※世帯主以外の方の口座に振込を希望する場合のみ記入してください）

本申請に係る高額療養費の受領について下記の者に委任します。

委任者（世帯主）　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人（口座名義人）氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄（　　）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿