

## 国民健康保険高額療養費支給申請手続簡素化申請書兼同意書

益城町長 様

高額療養費の支給申請手続きの簡素化について、次のとおり申請します。

申請者 (世帯主)	記号 番号	益城	申請日	年    月    日													
	氏 名		生年月日	年    月    日													
	住 所																
	電 話 番 号		個 人 番 号														
振込先 世帯主の口座 以外の場合は 委任状が必要 です。	金 融 機 関	銀行・農協 信用組合 信用金庫			本店 支店 支所	種別	普通 ・ 当座										
	口 座 番 号		カナ名義														

**新規**

次の事項について同意します。

- この申請以降に支給対象となった高額療養費については、上記口座に振り込むこと。ただし、これより前的高額療養費については、従前どおり支給申請が必要であること。
- 国民健康保険税に未納が発生した場合や世帯主の変更等、適用要件を満たさなくなった場合は、簡素化を解除すること。
- 指定された口座に振り込みができなくなった場合は、簡素化を解除すること。
- 傷病の原因が第三者行為や労災、給付制限に該当する場合は、簡素化の対象にならないこと。
- 一部負担金に未払が発生した場合は、町に連絡すること。
- 高額療養費支給後に一部負担金未払が発覚した場合は、支給済みの高額療養費を町に返還すること。
- 高額療養費の支給後に支給額の変更等で世帯主に不当利得が発生した場合は、町に返還又はその後に支給する高額療養費と相殺すること。
- 町が高額療養費の支給事務に必要な医療費等の情報を、医療機関に照会すること。

**変更**

高額療養費の振込先を変更願います。

**取りやめ**

手続の簡素化の取りやめを申し出ます。

申請者 世帯主氏名 \_\_\_\_\_  
届出者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 (    ) \_\_\_\_\_

委任状	本申請に係る高額療養費の受領について次の者に委任します。					
	受任者（口座名義人）氏 名			続柄 (    )		
	住 所					
	電 話 番 号					
	委任者（申請者）世帯主氏名 _____ <span style="float: right;">㊟</span>					