

国民健康保険高額療養費 申請手続簡素化申請書

松川町長 宛

年 月 日

高額療養費の支給申請（簡素化）について、次のとおり申請します。

申請内容	新規 ・ 口座変更 ・ 取消	記号番号	松川
申請者 (世帯主)	氏名	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日
	住所		
	電話番号	個人番号	
振込先	銀行 信用組合 信用金庫 農協	本店 支店 支所	口座種別 普通 ・ 当座
			口座番号
			フリガナ 口座名義人
委任状	<p>(世帯主と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印してください。) 国民健康保険高額療養費の受領について、上記の口座名義人に委任いたします。</p> <p style="text-align: center;">申請者（世帯主） 氏名 _____ 印</p>		
承諾事項	<p><input type="checkbox"/> 医療機関に支払うべき一部負担金の未納がないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 今後、高額療養費が発生した際は上記の振込先口座へ振り込むこと。ただし、世帯主が転出や死亡等により国保資格を喪失した場合等は、再度申請を行うこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 高額療養費外来年間上限を超えた場合は、上記の振込先口座に振り込むこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 振込先口座を変更する際は、変更希望の前月末までに必ず届け出ること。</p> <p><input type="checkbox"/> 高額療養費支給後、医療機関から町への請求金額に変更があり世帯主へ不当利得が発生する場合は、その後支給が発生する高額療養費と相殺すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 国民健康保険税に未納がある場合は、高額療養費の自動振込が停止されること。</p> <p><input type="checkbox"/> 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> <p style="text-align: center;">上記すべての事項について承諾の上、高額療養費申請手続きの簡素化を希望します。</p> <p style="text-align: right;">世帯主氏名 _____ (※) (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</p>		

<町使用欄>

支給開始診療月	滞納	変更・取消	口座登録	受付
月診療分	有・無			