

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

申請内容 ※該当箇所に○を記入		新規 ・ 口座変更 ・ 簡素化解除		
申請者 (世帯主)	記号・番号	湧	生年月日	年 月 日
	氏名		個人番号	
	住所			
	電話番号			
振込口座	金融機関	銀行・信用金庫 信用組合・協同組合 労働金庫		本店 支店 出張所
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義 (カタカナ)			

【 同 意 事 項 】

- 1 医療機関に支払うべき一部負担金に未納が発生した場合は、速やかに湧別町へ申し出ること。高額療養費支給後に一部負担金の未納が判明した場合は、湧別町へ返還すること。
- 2 この申請以降に発生する高額療養費については、上記の振込先口座へ振り込むこと。ただし、資格異動により世帯主が国民健康保険の資格を喪失した場合等は、自動振込が停止されること。
- 3 再審査等により高額療養費に変更が生じた場合は、次回以降に発生する高額療養費で調整されること。
- 4 通勤途中・仕事上の負傷や第三者の行為による負傷があった際は、必ず湧別町へ届け出ること。
- 5 国民健康保険税に滞納が発生した場合は、簡素化を停止すること。
- 6 湧別町が高額療養費の支給に関し、必要に応じて医療機関等へ照会する場合があること。

湧別町長 様

上記の事項について同意の上、高額療養費の支給申請手続の簡素化を申請します。

年 月 日

申請者（世帯主）氏名 _____

※世帯主以外の口座に振り込みする場合は、以下の委任欄に記入してください。

委任欄	高額療養費の受領に関する行為を下記の者に委任します。	
	委任者（申請者）	
	氏名 _____ ㊟	
	受任者（口座名義人） 申請者との関係（ _____ ）	
	氏名 _____ ㊟ 住所 _____	