

国民健康保険高額療養費支給申請手続簡素化申請書

年 月 日

美祢市長 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	新規 ・ 変更 ・ 停止	記号番号	山 13 ・ (枝番)
申請者 (世帯主)	住 所		
	氏 名	生年月日	年 月 日
	電話番号	個人番号	

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

※口座が分かるものを添付してください。

委任状	本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。	
	年 月 日	
	申請者 (世帯主) 氏 名 _____ ㊦	
	代理人 氏 名 _____ ㊦ (続柄)	
	住 所 _____	
電話番号 _____		

※委任状は申請者(世帯主)以外の口座に振込を希望する場合にのみ記入してください。

同意事項	<input type="checkbox"/> 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、世帯主が死亡等により国保資格を喪失した場合は、自動振込が停止され、申請制(領収書(写)を添付し、申請書を提出する)に戻ることに。	
	<input type="checkbox"/> 振込口座を変更又は簡素化を停止する場合は、改めて申請すること。 <input type="checkbox"/> 高額療養費の支給後、医療機関等から美祢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発生した場合は、市へ返還すること。 <input type="checkbox"/> 医療費の一部負担金の未払いがないこと。未払いがあった場合、支給済みの額を市へ返還すること。 <input type="checkbox"/> 通勤途中、仕事上の負傷や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;">上記のすべての事項に同意したので、高額療養費支給申請手続の簡素化を申請します。</p> <p style="text-align: right;">世帯主氏名 _____</p>		

決裁	課長	班長	班 員

支給開始診療月
月 分

