記入例

簡素化用

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・XXXXXXXX(枝番) XX
申請者（世帯主）	住　所	美祢市大嶺町東分３２６番地１		
	氏　名	美祢　国保	生年月日	○年　○月　○日
	電話番号	0837－52－XXXX	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) ミネ　コクホ 美祢 国保	口座番号	XXXXXXX	

※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 ※世帯主以外の金融機関口座に振り込みを希望される場合、委任状にも記入してください。

※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	☑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。 ☑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。 ☑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。 ☑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。 ☑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。 **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。** 世帯主氏名　美祢　国保

決裁	課長	班長	班　員

支給開始診療月
月分