

(様式第1号)

国民健康保険高額療養費支給申請書

(手続の簡素化用)

福崎町長 様

年 月 日

申請者 (世帯主)	氏 名			
	住 所			
	生年月日	年 月 日	電話番号	
	被保険者 記号番号	280396	個人番号	

支払方法 (口座振込)	銀行 農協 信用金庫 ()	支店 出張所 支所 ()	預金種別 普通・当座 ()
	口座番号		口座名義人 (カタカナ)

(委任欄) 高額療養費の受領を代理人に委任する場合は、申請者(世帯主)が以下も記入してください。

代理人の 氏 名		代理人の 電話番号	
代理人の 住 所		申請者との 関 係	

※申請者(世帯主)および代理人の本人確認書類を添付してください。(写し可)

【承諾事項】

☐ 新規申請のとき

1 今後、高額療養費が発生した際は、この申請書に記載した金融機関口座への振込みを希望します。

ただし、次の各号のいずれかに該当する場合は、手続の簡素化が解除されることを承諾します。

- (1) 国民健康保険税の滞納があるとき
- (2) 世帯主に変更があるとき
- (3) 指定した金融機関口座に高額療養費を振込みできなくなったとき
- (4) 申請の内容に偽りその他不正があったとき
- (5) 前各号に掲げるもののほか、町長が適当でないと認めたとき

2 医療機関に支払うべき一部負担金の未納はありません。

一部負担金について疑義が生じた場合は、町が医療機関等に照会することに同意します。

今後、一部負担金が未納となった場合は、町へ速やかに申し出ます。

3 高額療養費を支給した後に、請求金額等に変更があり、返還額が発生した場合は、次月以降の支給額で調整することに同意します。国保資格の喪失等により調整が困難な場合は、町へ返還します。

4 交通事故など、第三者の行為による負傷で受診した際は、その旨を町へ届け出ます。

☐ 変更申請のとき 高額療養費の振込先について、上記の金融機関口座への変更を希望します。☐ 終了申請のとき 高額療養費支給手続簡素化の終了を希望します。

上記全ての事項について承諾の上、申請します。

申請者(世帯主)

確認欄		備 考	
-----	--	-----	--