

国民健康保険高額療養費支給申請手続き簡素化申請書

申請日 年 月 日

被保険者 記号・番号	平川市	個人番号															
申請者 (世帯主)		住所	平川市														
生年月日	年	月	日	連絡先													

平川市長 様

☐ 新規申請

私は医療機関等に対して一部負担金を遅滞なく支払うことを誓約し、高額療養費の支給申請手続きの簡素化を申請します。また、下記事項に同意します。

- (1) 世帯主が変更となった場合、自動振込が停止されるため、新たな世帯主による申請又は診療月ごとに国民健康保険高額療養費支給申請書を提出すること。
- (2) 再審査等により支給額に変更が生じた場合は、次回以降の支給額で調整されること。
- (3) 交通事故等の第三者行為求償事務の対象となった場合は、第三者行為による傷病届等を提出すること。
- (4) 国民健康保険税の滞納が生じた場合は自動振込が停止されること。

☐ 変更 高額療養費の振込先金融機関を変更します。

☐ 中止 高額療養費の支給申請手続きの簡素化を中止します。

振込先金融機関

	銀行 協同組合	信用金庫 ()		本店 支店	預金種別	普通 当座
口座番号						
					口座名義人 (カタカナ)	

高額療養費の支給は世帯主となりますので、世帯主名義の口座情報を記入してください。世帯主が世帯員へ受領の権限を委任する場合は、下記委任状へ記入のうえ、受任者名義の口座情報を記入してください。

委任状	高額療養費の受領に関する権限を下記のものに委任します。					
	【受任者】 住所： 平川市 氏名：					