

国民健康保険高額療養費支給申請書（手続の簡素化対象用）

高額療養費の支給申請（手続の簡素化）について、裏面記載の事項に同意の上、申請いたします。

三郷町長 様

申請日 令和 年 月 日

世帯主	氏名		生年月日	昭和・平成	年	月	日
	住所	三郷町					
被保険者証の記号番号	奈14	電話番号	- -				
申請内容	<input checked="" type="checkbox"/> 簡素化開始 ・ <input type="checkbox"/> 振込口座変更 ・ <input type="checkbox"/> 簡素化解除						

振込先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協						店名	支店 本店 出張所	預金種別	普通 当座
	口座番号 (右詰め)							口座 名義人	(フリガナ) 氏名		

世帯主以外の口座に振り込む場合は、以下の委任欄も記入してください。

委任欄	高額療養費の受領を代理委任します。									
	世帯主氏名	氏名 _____								
	代理人	氏名 _____ 世帯主との関係()								
		住所 _____								
	電話番号 - - _____									

--- 【町使用欄】 ---

【確認事項】R . 【 】	処 理
<input type="checkbox"/> 未納	
<input type="checkbox"/> 福医(障・精・重・子・ひ)無	
<input type="checkbox"/> 台帳入力 <input type="checkbox"/> 簡素化入力	

受付印

簡素化開始にあたっての同意事項(必ずお読みください)

- 医療機関に支払うべき一部負担金(以下「一部負担金」という。)の未納がないこと。また、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ること。一部負担金について疑義が生じた場合は、必要に応じて町が医療機関に照会することに同意すること。
- 世帯主の変更や被保険者の記号番号及び振込口座に変更があった場合は、再度申請を行うこと。
- 高額療養費の支給後に、医療機関等から町への請求金額等に変更があり、返還額が発生した場合は、町へ返還すること。
- 通勤途中もしくは工作中的の負傷又は第三者の行為による負傷の場合は、その旨を町へ届けること。
- 無料低額診療事業を利用した場合は、その旨を町へ申し出ること。
- 同意事項に反する内容で支給を受けた場合は、支給を受けた高額療養費の返還を行うこと。
- 次の内いずれかに該当する場合、手続きの簡素化の対象とならないことを了承すること。
 1. 国民健康保険税の滞納が生じた場合(滞納税額へ充当)
 2. 指定した金融機関の口座に振込ができなくなった場合
 3. 申請の内容に偽りその他不正があった場合
 4. 上記1から3に掲げるもののほか、町長が適当でないと認める場合