

国民健康保険高額療養費支給手続簡素化申請書

被保険者 記号番号	い	個人番号	
世帯主氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	S ・ H 年 月 日		
世帯主名義 の振込先	金融機関名	銀行 信金 農協 労金	本店 支店 () 種別 普通 当座 その他
口座番号	口座番号は右づめで記入してください。		
口座名義人 (カタカナ)			
口座名義人はカタカナで左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。			
申 請 者 記 入 欄	<p><input type="checkbox"/> 新規</p> <p>承諾事項</p> <p>1 今後、高額療養費が発生した際は、この申請書をもって支給とする。 ただし、世帯主が死亡等の場合や保険料を滞納した場合、または、世帯分離により被保険者証番号の変更等の停止要件を満たした場合は自動振込が停止され、それ以降は高額療養費が発生した診療月ごとに通常の申請書を提出する。</p> <p>2 金融機関等からの理由により振込先情報の変更が生じた場合、市において変更を行うものとする。</p> <p>3 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すること。</p> <p>4 医療機関等に支払うべき一部負担金の未納がないこと。</p> <p>5 一部負担金等について疑義が生じた場合は、市において医療機関等に確認する。</p> <p>6 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その旨を届け出る。</p> <p style="text-align: center;">上記全ての事項について承諾の上、高額療養費の支給手続簡素化を申請します。</p> <p><input type="checkbox"/> 変更 高額療養費の振込先を変更願います。</p> <p><input type="checkbox"/> 停止 高額療養費簡素化申請の停止を願います。</p> <p>諫早市長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 (世帯主) </p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>		

委 任 状	<p>なお、本件の受領に関する行為を下記の者に委任します。</p> <p>委任者 (申請者) 住所 </p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p>受任者 (口座名義人) 住所 </p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">世帯主との関係()</p>		
-------------	---	--	--