

国民健康保険高額療養費申請手続簡素化申出書

申請者 (世帯主)	被保険者 番 号		申請日	年 月 日		
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日		
	住 所					
	電話番号		個人番号			
振込先 ※世帯主の口座以外の場合 は委任状が必 要です。	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要)		<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (下欄に口座情報を記入)			
	金融機関	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 支所	口座 種別	普通 ・ 当座	
	口座番号		口座名義 (カナ)			
北秋田市長 様 <input type="checkbox"/> 新規 私は、国民健康保険法第 57 条の 2 に規定する高額療養費の支給申請において、国民健康保険法施行規則第 27 条の 17 の規定に基づき、高額療養費の申請手続の簡素化を申出ます。 なお、申出に当たり、以下の事項について承諾します。 ・医療機関等に対して、一部負担金を遅滞なく支払うこと。 ・申請手続の簡素化後の高額療養費については、上記の振込先口座に振込むこと。ただし、世帯主の死亡等により北秋田市国民健康保険の資格を喪失した場合又は振込先口座に高額療養費の振込ができなくなった場合は、高額療養費の申請手続の簡素化が停止されること。 ・市税に滞納がある場合は、高額療養費の申請手続の簡素化が停止されること。 ・振込先口座を変更する際は、変更希望の前月末までに変更の申出をすること。 ・通勤途中若しくは仕事上の負傷又は第三者行為による負傷の際は申出ること。 ・高額療養費について、時効成立前の過去の未申請分について振込まれること。 ・過誤調整等により、相殺すべき事由が生じた場合は、相殺して振込まれること。 ・本書において偽り又は不正があった場合は、高額療養費の申請手続の簡素化が停止されること。 <input type="checkbox"/> 変更 高額療養費の振込先を変更願います。 <input type="checkbox"/> 取下 申請手続の簡素化の取下げを申出ます。 <p style="text-align: right;">申請者 世帯主氏名 _____</p>						
委 任 欄	本申請に係る高額療養費の受領について下記の者に委任します。 受任者（口座名義人） 氏 名 _____ 続柄（ _____ ） 住 所 _____ 電 話 番 号 _____ 委任者（申 請 者） 世帯主氏名 _____ 印					