

裏面記入例

(申請日) 令和 年 月 日

国民健康保険高額療養費支給申請手続簡素化申出書兼同意書

(簡素化対象世帯用)

(宛先) 吉川市長

高額療養費の支給申請（手続の簡素化）について、次のとおり申出いたします。

※1世帯1つの口座のみ設定が可能です。※対象の被保険者に応じて口座の分割や月毎の口座変更はできません。

申出者 (世帯主)	記号 番号	よ - (枝番)	個人 番号																
	氏名		性別	男 女	生年 月日	昭和	年	月	日										
	郵便 番号	〒 -	電話番 号																
	住所																		
申請内容 ※○を記入	簡素化開始 ・ 振込口座変更 ・ 停止(解除)																		
記入者氏名	氏名		世帯主 との続柄		電話 番号														
振込先口座 (世帯主又は 同世帯の方 に限る。) ※解除時は 記入不要	金融 機関	銀行 信用金庫 農協			店 名					本店	種 別	普通 当座							
	口座 番号									カタカナ									
同意事項	<p><input type="checkbox"/> 今後、高額療養費が発生した際は上記の振込先口座に振り込むこと。 ただし、世帯主が死亡等により、解除要件を満たした場合には、自動振込が自動停止され申請制（支給申請のお知らせが送付される）に戻ることに。</p> <p><input type="checkbox"/> 高額療養費（外来年間合算）に該当した場合は、上記の振込先口座に振り込むこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 振込先口座を変更又は手続の簡素化を停止（解除）する際は、必ず届け出ること。</p> <p><input type="checkbox"/> 通勤途中・仕事上の負傷や第三者の行為による負傷の際は、必ずその旨を届け出ること。（国民健康保険法施行規則第32条の6）</p> <p><input type="checkbox"/> 医療費の一部負担金を支払っていなかった場合には、支給済みの額を返還すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 高額療養費支給後、医療機関から吉川市への請求金額に変更があり世帯主へ不当利得が発生した場合は、差額を返還すること。</p> <p>上記のとおり、すべての同意事項に了承の上で高額療養費の<u>手続の簡素化を希望</u>します。</p>																		
	世帯主氏名																	印	

市処理欄

コピーを取って、本人に控えを渡してください。

受付印

受理者

入力

国民健康保険高額療養費支給申請手続簡素化申出書兼同意書

(簡素化対象世帯用)

(宛先) 吉川市長

高額療養費の支給申請（手続の簡素化）について、次のとおり申出いたします。

※1世帯1つの口座のみ設定が可能です。※対象の被保険者に応じて口座の分割や月毎の口座変更はできません。

申出者 (世帯主) ※世帯主が 国保加入者 でない場合 は、同世帯 の国保加入 者記号番号 を記入。	記号 番号	よ●●●●－●●●●●●●● (枝番) ●●					個人 番号	分からない場合は、記入不要です。		
	氏名	国保 太郎			性別	男	生年 月日	昭和●●年●●月●●日		
	郵便 番号	〒342-8501		電話 番号	048 - 982 - 5111					
	住所	吉川市きよみ野一丁目1番地								
申請内容 ※○を記入	簡素化開始 ・ 振込口座変更 ・ 停止(解除)									
記入者氏名	氏名	国保 花子			世帯主と の続柄	妻	電話 番号	(上記と異なる場合) ●●●●-●●●●-●●●●		
振込先口座 (世帯主又は 同世帯の方 に限る。) ※解除時は 記入不要	金融 機関	●●●●●●		銀行 信用金庫 農協	店名	吉川		本店	種別	普通 当座
	口座 番号	1	1	1	1	1	1	カタカナ	コクホ タロウ	
				口座名義人	国保 太郎					
同意事項 ※解除時 及び 口座変更時 は記入不要	<p><input checked="" type="checkbox"/> 今後、高額療養費が発生した際は上記の振込先口座に振り込むこと。 ただし、世帯主が死亡等により、解除要件を満たした場合には、自動振込が自動停止され申請制（支給申請のお知らせが送付される）に戻ることに。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 高額療養費（外来年間合算）に該当した場合は、上記の振込先口座に振り込むこと。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 振込先口座を変更又は手続の簡素化を停止（解除）する際は、必ず届け出ること。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 通勤途中・仕事上の負傷や第三者の行為による負傷の際は、必ずその旨を届け出ること。（国民健康保険法施行規則第32条の6）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 医療費の一部負担金を支払っていなかった場合には、支給済みの額を返還すること。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 高額療養費支給後、医療機関から吉川市への請求金額に変更があり世帯主へ不当利得が発生した場合は、差額を返還すること。</p> <p>上記のとおり、すべての同意事項に了承の上で高額療養費の<u>手続の簡素化を希望</u>します。</p>									
	世帯主氏名					国保 太郎		国保 印		