

(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

大和高田市 市長 宛

高額療養費の支給申請(手続の簡素化)について、次の通り申出いたします。

※1世帯1つの口座のみ、原則世帯主名義の口座が設定可能です。

対象の被保険者によって口座の分割はできません。

申出者 (世帯主)	記号番号	奈 2 ・		個人番号				
	氏名			生年月日	年 月 日			
	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)						
振込先 口座	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協	店名	本店 支店	種別	普通 当座		
		(フリガナ)		口座番号	※7桁の番号を記入			
	口座 名義人							

世帯主以外の口座の登録を希望する場合は下記の委任欄も記入してください。

(委任欄)	
私は下記の者に、高額療養費を受領する権限を委任します。	
受任者	氏名 _____
	住所 _____
	電話番号 _____

同意事項	○今後、高額療養費が発生した場合は上記の口座に振り込むこと。
	※ただし、世帯主の死亡など、解除要件を満たした場合には、自動振り込みが停止されること。
	○今後、高額療養費(外来年間合算)が発生した場合は上記の口座に振り込むこと。
	○振込先口座を変更、または手続の簡素化を停止(解除)する際は、必ず届け出ること。
	○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)
	○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。
	○高額療養費支給後、医療機関から大和高田市への請求金額に限度額区分の変更などで変更があり
	世帯主へ不当利得が発生した場合は、その後に支給が発生する高額療養費と相殺すること。
	(民法第505条)
○一定期間相殺する分の高額療養費が発生しなかった場合、返還請求される可能性があること。	
○国民健康保険税に未納がある場合は、原則未納分に充当されること。	
すべての同意事項に了承したので、高額療養費支給申請手続の簡素化を申請します。	
※裏面あり 世帯主氏名 _____	

【口座情報添付欄】

通帳・キャッシュカード等口座情報のわかるものの写しを貼り付けてください。

簡素化の登録をした人は、市役所窓口での申請(領収書等の提出)は不要になります！

※国保世帯内で、公費負担医療（乳幼児医療費助成制度、心身障害者医療費助成制度、精神障害者医療費助成制度、養育医療、ひとり親家庭等医療費助成制度など）や特定疾病対象療養を受けるようになった人がいる場合は、登録が解除されます。

以下、市役所使用欄

受付印

