

※色付きの箇所について、記入してください。

記載例

大江町国民健康保険高額療養費支給申請手続簡素化申請書

令和 △年 △月 △日

大江町長 殿

申請者 (世帯主)	被保険者証記号番号	△△ △△△△
	住 所	大江町大字左沢882番地の1
	氏 名	国保 太郎
	個 人 番 号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 (12桁)
	連絡先電話番号	△△△△ (××××) 〇〇〇〇

<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 解除	<p>1 次の事項に同意し、高額療養費の支給申請手続の簡素化（以下「手続の簡素化」）を申請します。</p> <p>(1) 医療機関等に対し、一部負担金（医療機関等での窓口負担額）の全額を遅滞なく支払うこと。</p> <p>(2) 一部負担金の支払状況について、町から医療機関等に照会すること。</p> <p>(3) 医療機関等に一部負担金を支払っていないことが判明した場合には、支給済みの高額療養費を町に返還すること。</p> <p>(4) 支給済みの高額療養費の額が再審査等により減額となった場合には、減額相当額を町に返還すること（次回以降の支給の予定がある場合には、当該支給の際に支給額から減額相当額が差し引かれること）。</p> <p>(5) 国民健康保険税を期日までに納付すること。</p> <p>(6) 交通事故等の第三者行為があった場合は、傷病届を速やかに提出すること。</p> <p>2. 注意事項</p> <p>内容をご確認のうえ、 チェックをつけてください。</p> <p>世帯主の口座を指定する場合は、 チェックをつけて口座を記入してください。 ※世帯主以外の方の口座を指定する場合は、 裏面の委任状が必要です。</p>
	<p>られた場合、本申請以降の高額療養費支給申請書は送付 支給がある場合は支給決定通知書のみ送付されます。ま 額療養費が自動的に振込まれます。なお、高額療養費の支 給がない場合には通知書は送付されません。</p> <p>(2) 手続の簡素化の対象者に該当しなくなった場合は、自動振込が解除され、別途高額療養費支給申請書の提出が必要となります。</p> <p>(3) 世帯主が変わった場合は、手続の簡素化が停止されます。</p> <p>(4) 手続の簡素化の は、申出が必要</p>

【振込先記入欄】

住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	カ ナ	コクホ タロウ
		口座名義人	国保 太郎
振込先	〇〇	銀行・農協・信組・信金	△△ 支店(所)
預金種目	普通・当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇

【振込先記入欄が世帯主名義の口座と異なる場合】

委任状

代理人住所	大江町大字左沢 882 番地の 1
代理人氏名	国保 花子 ⑩
代理人生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
代理人電話番号	△△△△ (××××) 〇〇〇〇
申請者との関係(続柄)	妻

上記の者に国民健康保険法による高額療養費の受領に関する一切の権限を委

押印してください

令和 △ 年 △ 月 △ 日

申請者住所 (世帯主)	大江町大字左沢 882 番地の 1
申請者氏名 (世帯主)	国保 太郎 ⑩
申請者生年月日 (世帯主)	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
申請者電話番号 (世帯主)	△△△△ (××××) 〇〇〇〇