

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

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	
	氏 名	
	個 人 番 号	
	連絡先電話番号	

<input type="checkbox"/> 新規	<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>(1) 手続の簡素化が認められた場合、本申請以降の高額療養費支給申請書は送付されず、高額療養費の支給がある場合は支給決定通知書のみ送付されます。また、指定した口座に高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) 手続の簡素化の解除を希望する場合や振込口座を変更する場合は、申出が必要です。</p>
<input type="checkbox"/> 変更	高額療養費の振込口座の変更を申請します。
<input type="checkbox"/> 解除	高額療養費支給申請手続簡素化の解除を申請します。

【振込先記入欄】

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

【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	
代 理 人 氏 名	Ⓜ
代 理 人 生 年 月 日	年 月 日
代 理 人 電 話 番 号	( )
申 請 者 と の 関 係 ( 続 柄 )	

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任します。

年 月 日

申 請 者 住 所 ( 世 帯 主 )	
申 請 者 氏 名 ( 世 帯 主 )	Ⓜ
申 請 者 生 年 月 日 ( 世 帯 主 )	年 月 日
申 請 者 電 話 番 号 ( 世 帯 主 )	( )