

国民健康保険高額療養費支給申請書兼承諾書

室戸市長 様

新規

私は、室戸市の国民健康保険税及び医療機関等に係る一部負担金を今後も遅滞なく支払うことを誓約し、下記のとおり、高額療養費の支給手続の簡素化を申請します。

また、次の事項の全てに承諾します。

- ・ 今後私の世帯に係る高額療養費の支給は、この申請書の口座へ支給されること。
- ・ 振込先金融機関等に変更が生じた場合は届け出ること。
- ・ 室戸市から要請があった場合には領収書等の書類を提出すること。
- ・ 再審査等により支給額に変更が生じた場合は、次回以降の支給額で調整されること。
- ・ 資格喪失等、高額療養費の支給後に返還金が生じた場合は、速やかに返還すること。
- ・ 交通事故等の第三者行為による負傷の際は届け出ること。
- ・ 国民健康保険税及び一部負担金の滞納が判明した際は停止される場合があること。

署名

変更 高額療養費の振込先を変更願います。

停止 高額療養費簡素化申請の停止を願います。

申請日 年 月 日

申請者 (世帯主)	氏名				被保険者番号		
	住所	室戸市					
	電話番号			個人番号			
振込口座	<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) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。 通帳等の写しの提出も不要になります。</div>						
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する						
	金融機関	銀行 農協 信用金庫		本店 支店 支所	種別	普通・当座	
	口座番号	名義 カタカナ					
委任状	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。 委任者 (世帯主氏名) 受任者 (氏名) 続柄 () (住所) (電話番号)						
備考							