

様式第1号（第4条関係）

国民健康保険高額療養費支給申請手続の簡素化に関する申請書

申請者 (世帯主)	氏 名		被保険者記号・番号	
	住 所			
	電話番号			
振込口座	金融機関名			
	銀 行・信用金庫 信用組合・協同組合 労働金庫		本 店 支 店 出張所	
	口座名義人（カタカナ）	種別	口座番号（右詰め）	
		普通・当座		

【 誓約・同意事項 】

- 1 医療機関等に支払うべき一部負担金（以下「一部負担金」という。）の未納がないと誓約すること。もし、一部負担金が未納となった場合は、市へ速やかに申し出ること。未納の申し出がないまま支給された高額療養費は、市へ返還すること。
- 2 一部負担金の支払について、必要に応じて市が医療機関等に照会する場合があること。その際、一部負担金に未納があった場合、納入の確認ができるまで支給保留とすること。
- 3 高額療養費の支給後に、医療機関等から市への請求金額に変更があったことにより高額療養費の返還が生じた場合は、市へ返還すること。
- 4 世帯主や振込口座に変更があった場合は、再度申請を行うこと。
- 5 通勤途中や仕事上の負傷、第三者行為による負傷があった際は、速やかに市に届け出ること。
- 6 無料低額診療事業を利用した際は、その旨市に申し出ること。
- 7 次のいずれかに該当する場合は、手続の簡素化を停止すること。
 - (1) 国民健康保険世帯主の資格に異動があり、要件を満たさなくなった場合
 - (2) 指定した振込先金融機関口座に高額療養費の振込みができなくなった場合
 - (3) 手続の簡素化をした者が死亡した場合
 - (4) 国民健康保険税の滞納がある場合
 - (5) 申請の内容に偽りその他不正があった場合
 - (6) (1)～(5)に掲げるもののほか、市長が適当でないと認めた場合

(宛先) 十日町市長

上記全ての事項について誓約又は同意の上、支給申請手続の簡素化を申請します。

年 月 日

申請者（世帯主）氏名 _____

【申請者本人以外の口座に振り込む場合の委任欄】

高額療養費の受領を代理人に委任します。

申請者（世帯主）氏名 _____

(代理人情報)

氏 名 _____ 住 所 _____

電話番号 _____ 申請者からみた続柄 _____