

国民健康保険高額療養費支給申請書兼承諾書
(申請手続簡素化世帯用)

申請者 (世帯主)	記号 番号	61-		申請日	年 月 日		
	氏名			性別	男・女	生年 月日	年 月 日
	住所						
	電話 番号			個人 番号			
振込先 世帯主の口座 以外の場合は 委任状が必要 です	金融 機関	銀行・農協 信用組合 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					
<p>粕屋町長 様</p> <p><input type="checkbox"/> 新規 私は医療機関に対して一部負担金を今後も遅滞なく支払うことを誓約し、上記のとおり高額療養費の支給を申請します。また、申請にあたり下記事項全てについて承諾します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今後、高額療養費が発生した際は上記の振込先口座に振り込むこと。ただし、世帯主が死亡等により粕屋町国民健康保険の資格を喪失した場合等は、自動振込が停止され申請制に戻ることに。 ・振込先口座を変更する際は届け出ること。 ・通勤途中・仕事上の負傷や第三者行為による負傷の際は届け出ること。 ・地方単独公費医療(重度障がい者・ひとり親・子ども医療等)にかかる高額療養費が発生した場合はその全額又は一部を地方単独公費医療に振り替えること。 ・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。 ・支給決定時に国民健康保険税等に未納がある場合は、収納担当課が指定する税等へ充当すること。 <p><input type="checkbox"/> 変更 高額療養費の振込先を変更願います。</p> <p><input type="checkbox"/> 取下 申請手続簡素化の取下げを申出します。</p> <p align="right">申請者 <u>世帯主氏名</u></p>							

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。						
	受任者(口座名義人)	氏名	続柄()				
		住所	_____				
		電話番号	_____				
	委任者(申請者)	世帯主氏名	_____				

受付印
