簡素化申出書

国民健康保険高額療養費支給申請手続簡素化申出書兼同意書

被保険者番号							世帯主氏名 （生年月日）	（昭和・平成　　年　　月　　日）

▼ 振込先口座（簡素化開始または振込先口座変更の場合のみ）

ゆうちょ銀行 （記号（5桁）－番号（8桁））						－								
金融機関名 ※ゆうちょ銀行以外 （金融機関コード）	銀行・農協 信用金庫 信用組合 （　　）	支店名 （支店コード）	本店 支店 （　　）	普通 当座										
口座名義人	（カタカナ）													

【申出内容】（※該当する項目の□に✓をいれてください。）

□ **簡素化開始**　以下のすべてに同意し、高額療養費支給申請手続の簡素化を申出ます。

（1）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、下記のいずれかに該当した場合、自動振込から申請制になること。
・対象世帯の要件を満たさなくなった場合　・申請書の内容に偽りその他不正があった場合
・世帯主の変更があった場合　・医療機関等への医療費の一部負担金の未払が発覚した場合
・指定した振込口座に支払いができなかった場合　・国民健康保険税に滞納がある場合
・その他市長が必要と認める場合

（2）口座名義人が世帯主本人でない場合は、当該口座名義人を受領代理人と定め、当該申出以後発生する高額療養費の受領に関する一切の権限を委任すること。

（3）医療費の一部負担金の支払状況について、市から医療機関等に照会する場合があること。

（4）医療費の一部負担金を支払っていなかった場合は、支給済みの額を返還すること。

（5）再審査等で医療費が減額された場合は、支給済みの額を返還すること。

（6）振込先口座の変更または簡素化の解除を希望する場合は、必ず届け出ること。

（7）令和8年10月以前に申請案内を送付している高額療養費については、簡素化対象にならないこと。

（8）簡素化適用中は、高額療養費支給申請書が発行されないこと。

□ **振込先口座変更**　振込口座の変更を申請します。

□ **簡素化停止**　高額療養費支給申請手続の簡素化の停止を申請します。

（宛先）高浜市長　　年　　月　　日

世帯主（申出者）住所：　高浜市　　町　　丁目　　番地

世帯主（申出者）氏名：　　（代筆者氏名：　　）

電話番号：　　個人番号

事務処理欄	世帯主宛名番号		備考欄			
	入力日		変更日		解除日	