

国民健康保険高額療養費支給申請書（手続きの簡素化用）

令和 年 月 日

香芝市長 様

高額療養費の支給申請（手続きの簡素化）について、下記【承諾事項】の全ての項目に承諾の上、申請します。

申請者 (世帯主)	被保険者証番号	奈 3 0			枝番	
	氏名				生年月日	年 月 日
	住所	香芝市				
	電話番号	— —		個人番号 (マイナンバー)		

口座振替 依頼欄	銀行 農協 信用金庫				本店 支店 出張所		預金種別
	口座番号				カタカナ		普通・当座
					口座名義人		

(委任欄) 高額療養費の受領を代理人に委任します。

申請者氏名 (署名又は記名押印) _____

代理人の住所、氏名

住所 _____ 氏名 (署名又は記名押印) _____

申請者との関係 () 代理人電話番号 (— —)

【承諾事項】

- 医療機関に支払うべき一部負担金（以下「一部負担金」という。）の未納がないこと。また、今後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。一部負担金について疑義が生じた場合は、必要に応じて市が医療機関に照会することに同意すること。
- 世帯主の変更や被保険者の記号番号及び振込口座に変更があった場合は、再度申請を行うこと。
- 高額療養費の支給後に、医療機関等から市への請求金額等に変更があり、返還額が発生した場合は、市へ返還すること。
- 通勤途中若しくは仕事上の負傷又は第三者の行為による負傷の際は、その旨市へ届け出ること。
- 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。
- 承諾事項に反する内容で支給を受けた場合は、支給を受けた高額療養費の返還を行うこと。
- 次の各号のいずれかに該当する場合、手続きの簡素化の対象とならないことを了承すること。
 - 国民健康保険料の滞納が生じた場合
 - 指定した金融機関の口座に振込できなくなった場合
 - 申請の内容に偽りその他不正があった場合
 - 前各号に掲げるもののほか、市長が適当でないと認める場合