

館林市長 様

□□ 年 ○月 ×日

国民健康保険高額療養費支給申請（手続の簡素化）申請書兼同意書

高額療養費の支給申請（手続の簡素化）について、同意事項に同意の上、次のとおり申請します。

申請内容	☒ 新規	☐ 変更	☐ 停止
------	--	-----------------------------	-----------------------------

世帯主（申請者）	氏名	館林 太郎	記号番号	館 123456
	住所	館林市城町1番1号		
	生年月日	S35年 1月 1日	電話番号	0276—72—4111
(注) 代理人が申請する場合は、次の代理人欄をご記入ください。				
代理人	氏名		申請者との続柄	
	住所		電話番号	— —

〈簡素化開始にあたっての同意事項〉

- 1 申請のあった月の翌月以降に発生した高額療養費（月間及び年間）は、次の口座に振り込まれること。
（申請月以前に該当した高額療養費は簡素化の対象外のため、従前どおり支給申請すること。）
- 2 医療機関等への一部負担金の未払がある場合は、館林市に報告すること。
- 3 高額療養費の支給事務に必要な医療費等の情報を、館林市から医療機関等に照会する場合があること。
- 4 無料定額診療を利用した、又は医療機関等から医療費の請求がなされていない場合は市に申し出ること。
- 5 審査等により過払いになった場合は、返還請求及び次回以降の高額療養費と調整すること。
- 6 交通事故等の第三者行為があった場合は、傷病届を館林市に提出すること。
- 7 次のいずれかに該当するときは、手続の簡素化を停止すること。
(1) 世帯主に異動があり、対象者の要件を満たさなくなった場合
(2) 指定された金融機関の口座に振り込みができなくなった場合
(3) 国民健康保険税の滞納がある場合
(4) 申請の内容に偽りその他不正があった場合
(5) その他市長が必要と認める場合

✓した場合、個人番号を記入してください
振込先欄は記入不要です

支払方法	☐ 公金受取口座を利用		個人番号 (マイナンバー)															
	☒ 振込口座を指定（次に振込先を記入してください）																	
振込先	金融機関	●●	銀行	信用組合	信用金庫	農協	労働金庫	（ ）	店名	▲▲	本店	支店	出張所	預金種別	普通	当座	貯蓄	
	口座番号 (右詰め)	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ	タテバヤシ タロウ	口座名義人 館林 太郎							

(注) 登録する口座の名義人が世帯主以外の場合は、以下の欄を記入してください。	
委任欄	なお、本件の受領に関する行為（口座振込先）を次の者に委任します。
	委任者（世帯主） 氏名
	受任者（口座名義人） 住所
	氏名
	世帯主との関係（ ）

※委任欄は必ず委任者本人が書いてください。体が不自由等の理由で委任者本人が記入できない場合は、必ず委任者本人の意思をご確認の上、代理人が代筆してください。