

世帯主について
記入します。

国民健康保険高額療養費支給手続の簡素化の変更申出書

記載例

(世帯主) 申請者	被保険者番号	0 0 1 2 3 4 5 6	(枝番)	0 1
	住 所	矢中町大字南矢幅第14地割78番地		
	氏 名	矢中 太郎	電話番号	0 1 9 - 6 9 7 - 2 1 1 1
	生年月日	平成 1 年 4 月 1 日	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3

マイナンバーカード
(又は通知カード)に
記載の番号12桁を記入

(該当する申し出に○をしてください。)

振込先変更 高額療養費の	☐ (変更) 高額療養費の振込先変更 (下記全ての承諾事項を了承します)			
	☐ 公金受取口座を利用します。(マイナポータル等から登録した口座を利用される方) 振込先変更の場合は○を記入 ※ 利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。			
	☐ 振込先口座を指定します。(口座情報を記入してください。)			
	銀行 信用金庫 農 協 ()	本店 支店 支所 ()	口座 種別	普通 当座
	金融機関コード	9 9 9 9	店舗コード	9 9 9
	口座番号	1 2 3	4 5 6 7	
	口座名義人カナ	ヤハバ タロウ		
口座名義人	矢中 太郎			

金融機関コード・店舗コードが不明
のときは空欄で構いません。

承 諾 事 項	1 医療機関に支払うべき一部負担金の未納がないこと。支払期限を経過して一部負担金が未納となったときは、速やかに町に申し出ること。
	2 振込先口座として、振込先口座の振込先が変更となること。
承 諾 事 項	3 振込先口座として、振込先口座の振込先が変更となること。
	4 振込先口座として、振込先口座の振込先が変更となること。
承 諾 事 項	5 交通事故等の第三者から傷病を受けたときは、必ずその旨を届け出ること。
	6 世帯に属する者の医療費助成事業の受給期間に係る高額療養費が発生したときは、当該高額療養費の全部又は一部の受領に関する権限を町長に委任すること。
承 諾 事 項	7 承諾事項に反する内容で支給を受けたときは、支給を受けた高額療養費を町に返還すること。
	8 次の各号のいずれかに該当するときは、町長が手続の簡素化を停止すること。 (1) 国民健康保険の世帯主及び当該世帯主に属する被保険者の資格に異動があり、対象者の要件を満たさなくなったとき。 (2) 指定した振込先金融機関口座に高額療養費の振込ができなくなったとき。 (3) 申請者が死亡したとき。 (4) 申請者が国民健康保険税を滞納したとき。 (5) 申請内容に偽りその他不正があったとき。 (6) 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認めたとき。

承諾事項をよくご確認ください。

(停止) 高額療養費の支給申請手続の簡素化の停止	
令和 ● 年 ● 月 ● 日	
支給申請手続の簡素化を 矢 停止したい場合は○を記入	
高額療養費の支給申請手続の簡素化について、上記のとおり変更を申し出ます。	
世帯主の氏名を記入	申請者氏名 (世帯主) 矢中 太郎

(委任欄) 高額療養費の受領の権限を下記の代理人に委任します。

申請者 (世帯主)	氏 名	
代理人	氏 名	振込先が世帯主名義の口座の場合、記入不要です。
	住 所	※世帯主以外の口座とする場合
	電話番号	申請者 (世帯主) の氏名、振込先に記入した口座の名義人 (代理人) について記入してください。
	個人番号	

