

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

(世帯主) 申請者	保険証番号				(枝番)			
	住所							
	氏名				電話番号	- -		
	生年月日	年	月	日	個人番号			

(該当する申し出に○をしてください。)

(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)								
振込先変更 高額療養費の	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			店舗コード				
	口座番号							
	口座名義人カナ							
承諾事項	<ol style="list-style-type: none"> <li>医療機関に支払うべき一部負担金の未納がないこと。支払期限を超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。</li> <li>一部負担金の支払い状況について、必要に応じて町が医療機関に照会をすること。</li> <li>世帯主の変更や振込先金融機関口座に変更があったときは、再度申請が必要となること。</li> <li>高額療養費の支給後に、医療機関等との過誤調整等により高額療養費の給付決定額が変更となり、返還が生じたときは、町に返還すること。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。 <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>申請者が死亡したとき。</li> <li>申請者が国民健康保険税を滞納したとき。</li> <li>申請内容に偽りその他不正があったとき。</li> <li>前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認めたとき。</li> </ol> </li> </ol>							
(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			
矢巾町長 様			
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。			
申請者氏名 (世帯主) _____			

(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			申請者との関係
	住所			
	電話番号	- -		