

国民健康保険高額療養費支給申請書 (支給申請手続簡素化対応用)

邑南町長 様 次のおり届け出ます。

届出日		令和 年 月 日		被保険者記号番号		8 4 -		
届出人	住所					世帯主との続柄	1. 世帯主 2. 世帯員 (世帯主との続柄:) 3. その他 () *その他の場合は別に委任状必要	
	氏名					電話番号	- -	
世帯主名		<input type="checkbox"/> 届出人と同じ		世帯主個人番号				
				世帯主生年月日	年	月	日	
<input type="checkbox"/> 新規		下記の《同意事項》に同意し、高額療養費の支給を申請します。						
<input type="checkbox"/> 変更		高額療養費の振込先口座を変更します。						
<input type="checkbox"/> 解除		高額療養費支給申請手続簡素化の解除を申し出ます。						
発症又は負傷の理由		1. 第三者行為 (交通事故等) 2. 業務上の災害 (通勤災害等) 3. その他 (自損事故・疾病等)						
振込先口座	金融機関名					金融機関コード		
	支店名	支店・出張所				支店コード		
	口座番号					種別	1 普通 2 当座	
	フリガナ							
	口座名義人							
委任欄	<p>(口座名義人が世帯主以外の場合) 支給される高額療養費の受領については、上記口座名義人に委任します。</p> <p style="text-align: center;">世帯主名 _____ 印 _____</p>							
<p>《同意事項》</p> <p>(1) 医療費の一部負担金支払いについて、邑南町から医療機関へ照会する場合があること。</p> <p>(2) 医療費の一部負担金が未払いだった場合には、支給済みの高額療養費を返還すること。</p> <p>(3) 支給済みの高額療養費の金額が減額となった場合、減額された金額を返還すること。</p> <p>(4) 第三者行為または業務上の事故による傷病により受診した場合は、報告すること。</p> <p>(5) 福祉医療または子ども医療の助成を受けた者の高額療養費は、邑南町長を代理人と定め、当該高額療養費のうち、邑南町福祉医療費助成条例第5条第3項または邑南町子ども等医療費助成条例第6条第4項に基づく納付額の受領に関する権限を委任すること。 ただし、高額療養費支給額から福祉医療納付額または子ども等医療費納付額を差し引いた後、なお残額がある場合は、申請者振込先口座へ振り込みます。</p>								
備考	本人確認		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 各種医療証 <input type="checkbox"/> () ※写真なしは2点確認				受付印 ()	
	窓口担当		高額担当					