

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

年 月 日

(あて先) 桐生市長

世帯主 住所

氏名

電話番号

私は、高額療養費の支給申請について、下記のすべての事項に同意の上、申請いたします。

※桐生市国民健康保険高額療養費支給手続簡素化開始にあたって同意事項

1. 月間高額療養費

以後、高額療養費の支給に該当した場合は申請を省略する。

2. 年間高額療養費

以後、高額療養費の支給に該当した者が、次の全てに該当する場合は申請を省略する。

- ① 計算期間(8月～7月)に保険者を変更していない。
- ② 基準日(7月31日)に保険者が計算期間の全ての外来診療に係る額を把握できる。
- ③ 月間高額療養費等の全ての支給を受けている。

3. 手続きの簡素化の停止

次のいずれかに該当した場合は手続きの簡素化を停止する。

- ① 国民健康保険税の滞納がある場合。
- ② 世帯主又は被保険者証番号に変更があった場合。
- ③ 指定した金融機関の口座に高額療養費が振り込みできなくなった場合。
- ④ 世帯主から簡素化停止に関する申請書の提出があった場合。

4. 注意事項

- ① 市から医療機関等に一部負担金の支払い状況を確認することがあります。
- ② 高額療養費制度は医療機関等への一部負担金の支払いが行われたことを前提としているため、支払いを行っていない場合は支給できません。
- ③ 無料定額診療事業を利用した、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てください。
- ④ 審査等により高額療養費が過払いとなっていたことが判明した場合には、返還請求や以後の高額療養費との差額調整を行うことがあります。
- ⑤ 交通事故等の第三者の行為による傷病の治療を受けたときは、傷病届を提出してください。

被保険者記号・番号		き —					
振 込 口 座			銀行・信組 信金・農協		本店・支店 本所・支所	預金 種別	普通 当座
	口座 番号		口座 名義人	フリガナ			

(注) 世帯主以外の口座に振り込む場合は、以下の委任欄にご記入ください。

委 任 欄	なお、本件の受領に関する行為(口座振込先)を下記の者に委任します。	
	委任者(世帯主)	氏名 _____
	受任者(口座名義人)	住所 _____ 氏名 _____

受付	確認