

様式第1号（第4条、第5条関係）

国民健康保険高額療養費支給申請手続簡素化申出書（新規・変更・解除）

被保険者記号番号		個人番号													
世帯主氏名		生年月日		電話番号											
		年 月 日													

口座振込先	金融機関										口座種別	
	銀行・信用金庫 農協・信用組合										店	
	口座番号										フリガナ	
											口座名義人	

関ヶ原町長

新規 私は医療機関等に対して一部負担金を今後も遅滞なく支払うことを誓約し、上記のとおり高額療養費支給申請手続簡素化を申し出ます。また、裏面の内容を確認し同意します。

変更 口座振込先の登録内容を変更願います。

解除 高額療養費支給申請手続簡素化を解除願います。

年 月 日

申請者 郵便番号  
(世帯主)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

未納保険料等への充当依頼欄

関ヶ原町長

私が申し出をした日以降に発生した高額療養費の支給決定時において、私に未納保険料又は関ヶ原町に返還すべき高額療養費（以下「未納保険料等」という。）がある場合は、その支給額を未納保険料等へ充当してください。

世帯主氏名 \_\_\_\_\_

世帯主以外が申し出る場合は以下の欄にも記入してください。

届出者	関ヶ原町長
	私は、この高額療養費支給申請にかかる手続の簡素化の申出を下記の者に委任します。
	○委任する人（世帯主）
	住 所 _____
	氏 名 _____
	○委任を受ける人
住 所 _____	
氏 名 _____	
委任する人（世帯主との関係） _____	

## 国民健康保険高額療養費支給申請手続簡素化の申出をされる方へ

高額療養費支給申請手続簡素化を希望される場合、下記の事項に同意いただき、適用要件に該当している場合に申し出できます。

下記の事項を確認いただき、□にチェックをしてください。

申出の内容に相違があったときは手続の簡素化はできません。その場合は、書面等にお知らせします。

### □ 適用要件について

- ・ 申出時において国民健康保険料の滞納がないこと。

### □ 解除について

- ・ 適用要件に該当しなくなった場合は、手続の簡素化は、解除となります。
- ・ 世帯主が変わった場合などには、手続の簡素化は、解除となります。
- ・ 手続の簡素化が解除となった場合、以後の高額療養費についてはその都度申請が必要となります。
- ・ 手続の簡素化の解除を希望される場合は、この申出書による解除の申出が必要です。
- ・ 高額療養費の支給決定時における未納保険料が当該高額療養費の金額より多い場合は、解除となることがあります。
- ・ 指定した口座振込先に高額療養費が振込みできなくなった場合は、解除となります。
- ・ 申出の内容に偽りその他不正があった場合は、解除となります。

### □ 同意事項について

- ・ 手続の簡素化適用後に発生する高額療養費（年間外来合算を含む。）の支給については、この申出書をもって支給されることに同意します。
- ・ 医療費の一部負担金の支払いについて、必要に応じて関ヶ原町から医療機関へ紹介することについて同意します。
- ・ 医療費の一部負担金を支払っていなかった場合には、支給済みの高額療養費を返還することについて同意します。
- ・ 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について同意します。
- ・ 医療機関から届いたデータの再審査等により支給額に変更が生じた場合は、次回以降の支給額で調整されることに同意します。
- ・ 医療機関へ高額療養費の支給の有無及び支給日を提供することに同意します。

### □ その他注意事項について

- ・ 手続の簡素化適用中に、口座振込先の内容の誤り等により口座振替できなかった場合又は振込先口座の変更を希望される場合は、金融機関口座通帳等ご持参の上、この申出書による変更の申出が必要です。
- ・ 口座振込先の口座名義人は、世帯主とします。
- ・ 医療機関が実施している独自の制度等により、医療費の自己負担額が免除又は減額されているなど、その都度、領収書の確認が必要な時には、手続の簡素化を適用できない場合があります。
- ・ 第三者行為又は業務上の事故による傷病において診療を受けた場合は、連絡が必要です。
- ・ 手続の簡素化適用中は、高額療養費申請勧奨など手続のご案内及び高額療養費の内訳は、送付されません。