

様式第1号（第2条関係）

国民健康保険高額療養費支給申請手続簡素化申請書兼同意書（新規・変更・解除）

年　月　日

(宛先) 池田市長

高額療養費の支給申請（手続の簡素化）について、下記の事項に同意のうえ申請します。

申請者 (世帯主)	被保険者 記号・番号	池国・	氏名	
	生年月日	年　月　日	電話番号	
	住　所			

(注) 世帯主以外の方が代理で申請する場合は、以下の届出人欄も記入してください。

届出人	氏名		電話番号	□上に同じ
	住　所	□上に同じ		

〈同意事項〉

- 医療費の支払い状況について、市から医療機関等に照会する場合があること。
- 交通事故等の第三者行為や、医療費の窓口負担額の未払い又は免除などに該当する場合は、すみやかに申し出ること。
- 高額療養費の支給後、支給額に変更が生じた場合は、返還すること。
- 令和7年12月以降に該当する高額療養費の支給について、下記の振込先口座に振り込むこと。
- 以下の理由で、下記の振込先口座への振り込みが停止された場合は、従前の申請を行うこと。
 - 世帯主に資格異動が生じた場合
 - 国民健康保険料の滞納がある場合
 - 下記の振込先口座へ振り込みができなかつた場合
 - 簡素化申請書の内容に偽りその他不正があつた場合

振込先（新規または変更の場合のみ。世帯主名義の口座に限る。）

振込先口座	金融機関	銀行・信金 金庫・信託 信組・農協						店名	本店 支店 出張所	預金 種別	普通 当座 貯蓄
		口座番号 (右詰め)									
								口　座 名義人			(カタカナで記入)

通帳の写し等、口座情報が確認できるものを添付してください。