

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																
	個人番号																

（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	<input type="checkbox"/> 上に同じ
	住 所	<input type="checkbox"/> 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。
- 申請日の属する月の翌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った場合
  - 簡素化申請書の内容に偽りその他不正があった場合

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。）

<input type="checkbox"/> 振込先口座を指定する（下記にご記入ください）		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する					
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

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。