様式第１号（第４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兼同意書**

（宛先）松伏町長

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上、下記のとおり申出いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯主 | 記号番号 | 松　　　　― | 申請日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 郵便番号 | 　　　　　― | 電話番号 | －　　　　－ |
| 住所 | 松伏町 |
| 申請内容 | 簡素化開始　　・　　振込口座変更　　・　　簡素化解除 |

**簡素化開始にあたっての同意事項（簡素化開始時のみ）**

* この申出以降に発生した高額療養費については、松伏町の国民健康保険の資格を喪失するまでの間、上記口座に振り込むこと。ただし、これより前の高額療養費（既に支給申請書を送付しているもの）については、従前どおり支給申請が必要であること。
* 保険税に滞納が発生した場合等、適用要件を満たさなくなった場合は簡素化を中断すること。
* 指定された口座に振り込みができなくなった場合も簡素化を中断すること。
* 傷病の原因が第三者行為（交通事故や傷害事件等）や労災である場合は、高額療養費を支給するにあたり、経緯等を確認すること。
* 一部負担金に未払いが発生した場合は、松伏町に連絡すること。高額療養費支給後に一部負担金未払いが発覚した場合は、松伏町に返還すること。
* 高額療養費の支給後に支給額が減額になった場合、差額を返還請求すること。
* 松伏町が高額療養費の支給事務に必要な医療費等の情報を、医療機関に照会すること。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関 | 銀　　行信用金庫農　　協 | 店舗 | 本店支店 | 種別 | 普通当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  | 見本 | 口座名義人カナ |  |

※世帯主以外の口座を指定する場合は、下の委任欄に御記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　　　　　　　　　世帯主との関係（　　　　　　　　　） |