

様式第1号（第3条関係）

みなべ町国民健康保険高額療養費支給申請手続の簡素化に関する申請書

被保険者 記号番号	和35	個人番号																		
世帯主氏名												性別	男・女							
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日																			

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )											本店	預金種別	普通座					
口座番号												※右詰記載してください							
口座名義人 (カタカナ)																			

みなべ町長 様

**新規** 私は医療機関等に対して一部負担金を今後も遅滞無く支払うことを誓約し、上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。また、下記の事項に同意します。

- ・今後私にかかる高額療養費の支給については、この申請をもって支給されること。
- ・金融機関の理由により振込先情報の変更が生じた場合、貴職において変更されること。
- ・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。
- ・交通事故等の第三者行為求償事務の対象となった場合は傷病届を提出すること。

**変更** 高額療養費の振込先を変更願います。

令和 年 月 日

申請者 郵便番号.....

(世帯主) 住 所.....

氏 名.....

電話番号.....

委任状	なお、本件の受領に関する行為を下記の者に委任します。	
	委任者（申請者）	
	住所.....	氏名..... ㊟
	受任者（口座名義人）	
	住所.....	氏名..... ㊟
	被保険者との関係（ ）	

※ 注意事項

- ・世帯員の異動又は保険税を滞納した場合、申請手続簡素化の非該当になるため、それ以降は高額療養費が発生した診療月ごとに申請書の提出が必要です。
- ・振込口座を変更する場合は、申請書の再提出が必要です。
- ・自己都合により申請手続簡素化を取り下げる場合は申出が必要です。
- ・第三者行為求償に係る分は対象外です。