

国民健康保険高額療養費支給簡素化申請書兼同意書

嘉麻市長 宛

申請者 (世帯主)	被保険者記号番号		27	0						
	氏名		生年月日		年 月 日					
	住所									

振 込 先	金融機関名				銀行・信組 農協・信金				本店・支店 支所・出張所		
	普通・当座・()				口座番号						
	口座名義人 (世帯主)	フリガナ									

届 出 内 容	新規	<input type="checkbox"/>	高額療養費の支給手続きの簡素化を希望します
	変更	<input type="checkbox"/>	高額療養費の振込先を変更します
	解除	<input type="checkbox"/>	簡素化申請の解除を依頼します

- 今後、高額療養費が発生した際は上記の振込先口座に振り込まれること。
- 世帯主の死亡等により国民健康保険の資格を喪失した場合等は、振り込みが停止されること。
- 高額療養費外来年間上限を超えた場合は、上記の振込先口座に振り込まれること。
- 振込先口座を変更する際は、必ず届け出ること。
- 通勤途中・仕事上の負傷や第三者の行為による負傷の際は、必ずその旨を届け出ること。
(国民健康保険法施行規則第32条の6)
- 地方単独公費に係る高額療養費が発生した場合は、その全額又は一部を嘉麻市の地方単独公費相当に振り替えられること。
- 高額療養費支給後に支給額が減額された場合、嘉麻市に差額を返還すること。
- 支給時、国民健康保険税に未納がある場合は、当課が指定する税へ充当すること。
- 無料低額診療事業を利用した場合は、その旨を嘉麻市に申し出ること。

上記の全ての事項について同意し、申請します。

年 月 日

世帯主氏名

※本人(世帯主)が手書きしない場合は、記名押印してください。

連絡先