

第7号様式（第18条関係）

国民健康保険高額療養費支給手続簡素化申請書

年 月 日

（宛先）阿久根市長

次のとおり国民健康保険高額療養費支給手続の簡素化を申請します。

申請区分		※ 該当する事項にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 停止										
申請者 (世帯主)	住 所	阿久根市										
	氏 名					生年月日	年 月 日					
	被 保 険 者 記 号 番 号	阿国保				電話番号						
振込先	金 融 機 関					銀行 金庫 信用組合 協同組合	本店 支店 出張所					
	口 座 種 別	普通 当座 貯蓄			口座番号							
	口座名義人 (カナ)											
	※ 世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名又は記名押印してください。 上記名義人口座への振込みを了承します。  世帯主氏名											
個人番号												
	※ 公金受取口座を登録している個人番号を記入すれば振込先の記入は不要です。											
同意事項	次の事項について同意します。 1 申請者の国民健康保険税の納入状況を市が確認すること。 2 次に掲げる場合には、手続の簡素化は停止され、以後の高額療養費については、診療月ごとに申請書を提出すること。 (1) 国民健康保険税を滞納したとき (2) 指定された金融機関の口座へ振込みができなくなったとき。 3 次に掲げる場合には、既に支給した高額療養費の全額又は一部を阿久根市へ返還すること。 (1) 一部負担金の未払が判明したとき。 (2) 再審査等により高額療養費の額が減額となったとき 4 通勤途中又は仕事上の負傷や第三者行為求償事務の対象となった場合は、その旨を届け出ること。											