

# 申請書記入箇所と注意点

別記様式（第3条関係）

国民健康保険高額療養費支給申請書（簡素化希望者世帯用）

鹿角市長 様

医療機関等に対して一部負担金を今後も遅滞なく支払うことを誓約し、下記同意事項を了承したうえで高額療養費の支給を申請します。

提出日を記入してください

電話番号を記入してください  
※被保険者電話番号は世帯主と異なる場合のみ記入してください

振込先口座情報を記入してください  
※提出時に通帳などで記入内容を確認いたします

マイナンバーを記入してください

口座名義と同じ名前が入ります  
※振込先が世帯主口座の場合は記入不要です

委任する（世帯主口座以外）場合のみ押印が必要です

同意事項をよくお読みのうえ世帯主氏名を記入してください

		申請日	令和 年 月 日	
申請内容		新規・口座変更・取消	記号番号	※印字されています
申請者 (世帯主)	住所	※印字されています		
	氏名	※印字されています	生年月日	※印字されています
	電話番号		個人番号	
被保険者 (※世帯主本人 場合記入不要)	氏名	※印字されています	生年月日	※印字されています
	電話番号		個人番号	
振込先	金融機関	銀行 信組 農協 労金	本店 支店 木所 支所	種別 普通・当座
		口座名義 (カタカナ)		
委任状 (※世帯主以外 の口座の場合)	高額療養費の受け取りを上記口座のとおり _____ に委任いたします。			
	申請者 (世帯主)		印 (代筆者)	
同意事項	<input type="checkbox"/> 今後、高額療養費が発生した際は上記の振込口座に振り込むこと。ただし、世帯主が転居等により国保資格を喪失した場合等は、自動振り込みが停止され申請制に戻ることに同意します。 <input type="checkbox"/> 高額療養費外年間上限を超えた場合は、上記の振込先に振り込むことに同意します。 <input type="checkbox"/> 振込先口座を変更する際は、必ず届け出ること。 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 福祉医療等にかかる高額療養費が発生した場合は、鹿角市長に当該高額療養費の受領を委任し、鹿角市国保の判断でその全額又は一部を振り替えることに同意します。 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給後、医療機関から鹿角市へ請求金額に変更があり、鹿角市へ返還すべき高額療養費が発生した場合は、その後支給が発生する高額療養費と相殺することに同意します。(民法第505条) <input type="checkbox"/> 支給時、国民健康保険税に滞納がある場合は、鹿角市国保の判断で支給額を国民健康保険税へ充当することに同意します。 上記のとおり、すべての同意事項を了承のうえで高額療養費の支給申請を希望します。			
	世帯主氏名 _____			

《市使用欄》

滞納	記入者確認	支給開始月
有・無	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ( )	月分
※有の場合 受領委任提出 <input type="checkbox"/>		

入力確認	入力	受付