

様式第 1 号（第 4 条、第 5 条関係）

木曾岬町国民健康保険高額療養費支給申請手続簡素化申請書（新規・変更）

申請者 (世帯主)	氏 名		被 保 険 者 記 号 番 号	
	住 所			
	電 話 番 号			
振込口座	金融機関名			
	銀行・信用金庫		本 店	
	信用組合・協同組合		支 店	
	労働金庫		営業所	
	口座名義人（カタカナ）※世帯主に限る		種別	口座番号

【誓約・同意事項】

- (1) 口座名義人は世帯主とすること。
- (2) 医療機関に支払うべき一部負担金（以下「一部負担金」という。）の未納がないと誓約すること。もし、一部負担金が未納となった場合は、町へ速やかに申し出ること。未納の申し出がないまま支給された高額療養費は、町へ返還すること。
- (3) 一部負担金の支払いについて、必要に応じて町が医療機関等に照会する場合があること。その際、一部負担金に未納があった場合、納入の確認ができるまで支給保留とすること。
- (4) 高額療養費の支給後に、医療機関等から町への請求金額に変更があったことにより高額療養費の返還が生じた場合は、町へ返還又は以後の高額療養費で調整すること。
- (5) 振込口座に変更があった場合は、再度申請を行うこと。
- (6) 通勤途中や仕事上の負傷、第三者行為による負傷があった際は、速やかに町へ届け出ること。
- (7) 次のいずれかに該当する場合は、手続の簡素化を解除すること。
 - ①世帯主に異動があった場合
 - ②登録した振込先金融機関口座に高額療養費を振り込むことができなくなった場合
 - ③国民健康保険料の滞納がある場合
 - ④申請の内容に偽りその他不正があった場合
 - ⑤その他町長が必要と認めた場合

（宛先）木曾岬町長

上記全ての事項について誓約または同意の上、支給申請手続の簡素化を申請します。

年 月 日

申請者（世帯主） 氏名