

書き方 見本

国民健康保険高額療養費支給簡素化申請書

①新規・変更・停止のいずれかに
✓してください。

②資格確認書・資格情報
のお知らせを元にご記入
ください。

申請内容	☐ 新規 ☐ 変更 ☐ 停止	被保険者の 記号・番号	与
振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 支店 ()	預金種別 ☐ 普通 ☐ 当座 ()
口座番号		口座名義 (カタカナ)	
高額療養費の支給について、申請します。また、高額療養費の給付を受けるにあたり必要があるときは、他の医療機関等へ受診者情報を提供し、取得することに同意します。 年 月 日 与謝野町長 様 世帯主 住所 与謝野町字			
④世帯主の方の住所・氏名・マイナンバー・電話番号を記入してください。		③世帯主の方の口座をご記入ください。世帯主以外の方の口座を希望される場合は、下部の【委任欄】に記入が必要です。	
他の制度により医療費の自己負担の免除もしくは軽減		⑤他の制度により医療費の自己負担の免除等を受けている場合は、「はい」に○をし、氏名・医療機関等をご記入ください。受けていない場合は、「いいえ」に○をしてください。 例：低額無料診療、難病指定 等	
対象者【		いいえ	
制度名または医療機関名【		いいえ	

【委任欄】（世帯主以外の方が高額療養費を受領する場合は記入してください）

世帯主	本申請に基づく高額療養費の受領を次の代理人に委任します。 年 月 日 氏名 住所：同上		
代理人 (口座名義人)	住所 与謝野町字 氏名 (個 電話 ()	世帯主との続柄 夫 ・ 妻 ・ 母 ・ 子 その他 ()	

⑥高額療養費の振込先口座を、
世帯主以外の方にする場合は、
委任欄をご記入ください。

【注意事項】

- 医療費の支払状況を確認するために、領収書の提出を求めることがあります。
- 医療機関等からの診療情報等に基づいて高額療養費の支給金額を決定しますので、診療月から支給決定までに概ね5か月かかります。
- 国民健康保険税の滞納が生じた場合や、医療機関等への一部負担金に未払いがある場合等は支給を停止することがあります。