様式第８号（第７条関係）

国民健康保険高額療養費支給簡素化申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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  氏名 　　　　　　　　　　　（個人番号：　　　　　　　　　　　　）  電話 　　　　　　　　（　　　　　　） | | | |

他の制度により医療費の自己負担の免除もしくは軽減を受けていますか。

|  |  |
| --- | --- |
| はい | いいえ |
| 対象者【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  制度名または医療機関名【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |

【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 　　　　　　　　　　　　（個人番号：　　　　　　　　　）  電話 　　　　　　　　　（　　　　　　　） | 世帯主との続柄 |
| 夫　・　妻  父 ・ 母 ・ 子  その他  （　　　　　　） |

【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。