

別記様式（第3条関係）

宇土市国民健康保険高額療養費支給手続簡素化申請書兼同意書

(宛先) 宇土市長

高額療養費の支給申請手続きの簡素化について、次のとおり申請します。

申請内容	新規・変更・辞退							
申請者 (世帯主)	記号番号	宇土一				申請日	年月日	
	氏名					電話番号		
	住所							
記入者 (代筆者)	氏名					世帯主との続柄		
	住所					電話番号		
振込先 ※原則、 世帯主名義	金融機関	銀行 労金 信金 信組 農協				店名	本店 支店 支所 出張所	
	口座番号	<input type="text"/>	種別	普通・当座				
	カタカナ							
	口座名義人							
委任欄	高額療養費の受領を上記口座名義人に委任します。 申請者(世帯主) _____ (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振込先口座に振り込むこと。 <input type="checkbox"/> 高額療養費（外来年間合算）に該当した場合は、上記振込先口座に振り込むこと。 <input type="checkbox"/> 振込先口座を変更し、又は手続の簡素化を辞退する際は、必ず届け出ること。 <input type="checkbox"/> 勤務途中・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"/> 地方単独事業（重度心身障害者医療費助成・ひとり親家庭等医療費助成等）に係る高額療養費が発生した場合は、宇土市国保の判断でその全額又は一部を地方単独公費負担担当課に振り替えること。 <input type="checkbox"/> 支給済みの高額療養費の額が支給後に変更され減額となった場合には、減額された金額に相当する額を市に返還すること（次回以降の支給予定がある場合には、当該支給の際に調整が行われること。）。 <input type="checkbox"/> 支給時、国民健康保険税の滞納がある場合、手続の簡素化の対象とならないこと。							
	上記のとおり、全ての同意事項に了承の上申請します。							
	年月日 <u>世帯主氏名</u>						(代筆者)	

《市处理欄》

記入者確認	受付印	口座入力
<input type="checkbox"/> 運転免許証		月 日
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード		担当者名 :
<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書		口座入力確認
<input type="checkbox"/> その他 ( ) )		月 日
		来庁 / 郵送