

吉岡町長様

吉岡町国民健康保険高額療養費支給申請手続の簡素化適用申出書

国民健康保険高額療養費の支給手続の簡素化について、下記のとおり申し出ます。

記

申出内容	<input type="checkbox"/> 承諾事項に同意し、簡素化の開始を申し出ますので、以下の口座に振り込んで下さい。 <input type="checkbox"/> 振込先口座の変更を申し出ます。 <input type="checkbox"/> 手続の簡素化の取下げを申し出ます。
申出者 (世帯主)	住所 吉岡町大字 個人番号 氏名 電話番号 () <input type="checkbox"/> 私は、国民健康保険高額療養費の支給手続の簡素化に係る申出に際し、以下の者が代理人として申出書を提出することに同意します。
代理人	住所 申出者との続柄 () 氏名 電話番号 ()

※代理人欄は、世帯主が申し出る場合は、記載不要です。

《承諾事項》	
1	今後、高額療養費が発生した際は、下記の口座に振り込むこと。
2	世帯主の変更や被保険者の記号番号及び振込先口座の変更があった場合は、その旨の申出を行うこと。
3	審査等により過払いになった場合は、次回以降の高額療養費と調整すること。
4	次のいずれかに該当するときは、手続の簡素化を解除すること。
	(1) 世帯主及び当該世帯主の世帯に属する被保険者の資格に異動があり、対象者の要件を満たさなくなった場合
	(2) 指定した金融機関の口座に高額療養費の振込みができなくなった場合
	(3) 国民健康保険税の滞納がある場合
	(4) 申出の内容に偽りその他不正の行為があった場合
	(5) その他町長が必要と認めた場合

国民健康保険被保険者証番号					
振込先 口座	金融機関名		店名	種別	普通当座 ()
	口座番号		フリガナ		
			口座名義人		