

## 国民健康保険高額療養費支給申請手続簡素化申請書兼承諾書

世帯主	申請日	年 月 日	記号番号	阿蘇・					
	氏名			電話番号					
	住所								
振込先	金融機関	銀行・農協 信組・信金			支店 支所	種別	普通・当座		
	口座番号				口座名義人	(カナ)			

阿蘇市長 様

簡素化開始

私は医療機関に対して一部負担金を今後も遅滞なく支払うことを誓約し、上記のとおり申請します。また、申請にあたり次の事項全てについて承諾します。

- ・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。
- ・今後、高額療養費が発生した際は上記の振込先口座に振り込むこと。ただし、世帯主が死亡等により阿蘇市国民健康保険の資格を喪失した場合等は、自動振込が停止されるため、新たな世帯主による申請が必要になること。
- ・国民健康保険税を滞納した場合は手続の簡素化を終了すること。
- ・地方単独公費医療（重度障がい者・ひとり親・子ども医療等）にかかる高額療養費が発生した場合はその全額又は一部を地方単独公費医療に振り替えること。
- ・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は、減額された金額に相当する額を市に返還すること。また、その後高額療養費の支給が発生する場合はその支給額から充当すること。

口座変更      高額療養費の振込先を変更願います。

簡素化解除      申請手続簡素化の取下げを希望します。

申請者(世帯主)氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※振込先口座の名義が世帯主と異なる場合記入

委任欄	本申請に係る高額療養費の受領について上記口座名義人に委任します。  委任者 _____ (世帯主)      氏名 _____ (印)
-----	---