別記様式（第４条関係）

国民健康保険高額療養費支給手続の簡素化申出書兼同意書

高額療養費支給手続の簡素化について、次の同意事項について同意した上、このとおり申し出ます。

（宛先）糸魚川市長　　※太枠内を記入してください。

提出日	年　　月　　日

申請内容	簡素化開始	振込先口座変更	簡素化解除 ※③の記入は不要

①世帯主	氏名		被保険者記号番号	糸魚川
	住所			

②申請者	氏名	□①と同じ	続柄	□世帯主
	住所	□①と同じ	電話	

簡素化開始に当たっての同意事項（必ずお読みください）

□簡素化開始の申出以降に発生した高額療養費については、指定された口座に振込まれること。ただし、申出前に発生した高額療養費（既に申請案内を送付しているもの）については、従前どおり支給申請を行うこと。また、申出書の不備や郵送の遅れによって、次回高額療養費該当時に自動振込とならない場合は、従前どおり支給申請を行うこと。

□国民健康保険税に滞納が発生した場合等、適用要件を満たさなくなった場合は簡素化を解除します。

□指定された口座に振込ができなくなった場合、簡素化を解除します。

□傷病の原因が第三者行為（交通事故や傷害事件等）や労災である場合は、高額療養費の支給に当たり、糸魚川市から経緯等の確認を受けること。

□一部負担金に未払が発生した場合は、糸魚川市に連絡すること。また、高額療養費支給後に一部負担金の未払が発覚した場合は、糸魚川市に返還すること。

□高額療養費支給後に支給額が減額になった場合、糸魚川市に差額を返還すること。

□糸魚川市が、高額療養費の支給事務に必要な医療費等の情報を医療機関に照会すること。

③振込先口座	金融機関	銀行・信金 金庫・信組 農協・漁協	店名	本店 支店 出張所	種別	普通 当座 貯蓄
	口座番号（右詰）		名義人	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名		

※世帯主名義以外の口座に振り込みする場合は、次の④委任欄に記入してください。

④委任欄	本件の受領に関する行為を受任者　振込先氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　に委任します。 委任者（世帯主）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　**※自署または記名押印してください。**

市処理欄	申請者本人確認		備考	受付印
	免・個・旅 在・障・資 介・職 他（　　）	□世帯主 □同一世帯員 □代理人（　　） □委任状（任意代理） □公簿等（法定代理）		