

国民健康保険高額療養費支給申請書

申請内容		新規 ・ 口座変更 ・ 取消		被保険者証 記号番号	佐那河内 ー		
申請者 (世帯主)	氏名			生年月日	大・昭 平・令 年 月 日		
	住所	佐那河内村 字					
	電話番号			個人番号			
振込金融機関 ※原則として 世帯主名義				銀行 金庫 組合 農協	本店(所) 支店 支所 出張所	預金 種別	1 普通 2 当座 3 その他 ()
	口座 番号			(カタカナ) 口座名義人			
委任状 ※世帯主以外 の口座の場合	私は、次の者を代理人と定め、高額療養費の受領に関する一切の権限を委任します。						
	代理人 (口座名義人)	住所 氏名					
	委任者 (世帯主)	氏名 印					
承認事項	<ul style="list-style-type: none"> ・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、世帯主が転出や死亡等により国保資格を喪失した場合や国民健康保険税に滞納が生じた場合等は、自動振込が停止されること。 ・上記の振込口座に高額療養費が振り込まれた日をもって領収したものとすること。 ・高額療養費外来年間上限を超えた場合は、上記の振込先口座に振り込むこと。 ・振込先口座を変更する際は、必ず届け出ること。 ・通勤途中・仕事上の負傷や交通事故等、第三者の行為による負傷の際は、その旨を届け出ること。 ・地方単独公費(重度医療・乳幼児医療等)にかかる高額療養費が発生した場合はその受領を佐那河内村長に委任すること。 ・高額療養費支給後において、医療費の額の増減等によりその支給額に変更があり、返還額が発生した場合、返還を行うか以後の高額療養費と相殺すること。 ・医療費の一部負担金の支払いについて、佐那河内村から医療機関等へ照会すること。 ・医療費の一部負担金を支払っていなかった場合には、支給済みの高額療養費を返還すること。 						
上記のとおり、すべての承諾事項に了承の上で高額療養費の支給申請します。							
令和 年 月 日							
佐那河内村長 殿							
世帯主氏名						印	

※記入例

国民健康保険高額療養費支給申請書

申請内容		新規・口座変更・取消		被保険者証 記号番号	佐那河内 12 - 345
申請者 (世帯主)	氏名	佐那河内 太郎		生年月日	大昭 平令 50年4月1日
	住所	佐那河内村 下 字 西/ハナ31番地			
	電話番号	088-679-2971	個人番号	123456789100	
振込金融機関 ※原則として 世帯主名義	銀行 金庫 組合 農協		佐那河内		本店(所) 支店 支所 出張所
	口座 番号	1234567	(カタカナ) 口座名義人	サナゴウチ タロウ 佐那河内 太郎	
委任状 ※世帯主以外 の口座の場合	私は、次の者を代理人と定め、高額療養費の受領に関する一切の権限を委任します。				
	代理人 (口座名義人)	住所 氏名			
	委任者 (世帯主)	氏名 印			
承認事項	<p>マイナンバーカードまたは通知カード等で個人番号(12桁)を確認し、記入してください。</p> <p>振込先口座に振り込むこと。ただし、世帯主が転出や国民健康保険税に滞納が生じた場合等は、自動振込が停止されること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 上記の振込口座に高額療養費が振り込まれた日をもって領収したものとすること。 高額療養費外来年間上限を超過した場合は、世帯主が後期高齢者医療制度等、他の保険に加入している場合は、他の世帯の方が国保に加入されており、高額療養費の対象となっていますので、その方の国保の保険証の番号を記入してください。 通勤途中・仕事上の負傷や疾病による医療費の支給を受けること。 地方単独公費(重度医療・乳幼児医療等)にかかると認められる高額療養費が元上の場合、その支給額を佐那河内村長に委任すること。 高額療養費支給後において、医療費の額の増減等によりその支給額に変更があり、返還額が発生した場合、返還を行うか以後の高額療養費と相殺すること。 医療費の一部負担金の支払いについて、佐那河内村から医療機関等へ照会すること。 医療費の一部負担金を支払っていなかった場合には、支給済みの高額療養費を返還すること。 				
上記のとおり、すべての承認事項に了承の上で高額療養費の支給申請します。					
令和 4 年 4 月 1 日		上記の承認事項をご確認いただき、申請書を記入した日を記入してください。			
佐那河内村長 殿		世帯主氏名 佐那河内 太郎 印			

※記入例(世帯主以外の方の口座に振込む場合)

国民健康保険高額療養費支給申請書

申請内容		新規・口座変更・取消		被保険者証 記号番号	佐那河内 12 - 345	
申請者 (世帯主)	氏名	佐那河内 太郎		生年月日	大昭 平令 50年 4月 1日	
	住所	佐那河内村 下 字 西/ハナ31番地				
	電話番号	088-679-2971		個人番号	123456789100	
振込金融機関 ※原則として 世帯主名義	銀行 金庫 組合 農協		佐那河内		本店(所) 支店 支所 出張所	1 普通 2 当座 3 その他
	口座 番号	7654321		(カタカナ) 口座名義人	サナゴウチ ハナコ 佐那河内 花子	
委任状 ※世帯主以外 の口座の場合	私は、次の者を代理人と定め、高額療養費の受領に関する一切の権限を委任します。					
	代理人 (口座名義人)	住所 氏名	佐那河内村 下 字 西/ハナ31番地 佐那河内 花子			
	委任者 (世帯主)	氏名	佐那河内 太郎 佐那河内 印			
承認事項	マイナンバーカードまたは通知カード等で個人番号(12桁)を確認し、記入してください。					
	<ul style="list-style-type: none"> 上記の振込口座に高額療養費が振り込まれた日をもって領収したものとすること。 高額療養費外来年間上限を超過した場合、世帯主が後期高齢者医療制度等、他の保険に加入している場合は、他の世帯の方が国保に加入されており、高額療養費の対象となっていますので、その方の国保の保険証の番号を記入してください。 通勤途中・仕事上の負傷や疾病による療養費の支給を受けること。 地方単独公費(重度医療・乳がん検診等)の支給を受けること。 高額療養費支給後において、医療費の額の増減等によりその支給額に変更があり、返還額が発生した場合、返還を行うか以後の高額療養費と相殺すること。 医療費の一部負担金の支払いについて、佐那河内村から医療機関等へ照会すること。 医療費の一部負担金を支払っていなかった場合には、支給済みの高額療養費を返還すること。 					
	上記のとおり、すべての承諾事項に了承の上で高額療養費の支給を受けること。					
	上記の承認事項をご確認いただき、申請書を記入した日を記入してください。					
	令和 4年 4月 1日					
	佐那河内村長 殿					
	世帯主氏名 佐那河内 太郎 佐那河内 印					