

別記様式（第3条関係）

国民健康保険高額療養費支給申請手続簡素化申請書

年 月 日

扶桑町長 様

申請者 住 所 扶桑町大字.....

(世帯主)

氏 名.....

連絡先.....

記号番号		個人番号																		
世帯主氏名		生年月日																		

振込先	銀行	本店	種別	普通																
	信用金庫	支店		当座																
	農協	出張所		その他																
口座番号																				
フリガナ 口座名義人																				

新規 私は医療機関等に対して一部負担金を遅滞なく支払うことを誓約し、上記のとおり、高額療養費の支給申請手続の簡素化を申請します。

また、次の事項に同意します。

- ・今後私にかかる高額療養費の支給については、この申請をもって支給されること。
- ・金融機関等の事情により振込先情報の変更が生じた場合は、町において変更されること。
- ・一部負担金について疑義が生じた場合は、町において医療機関等に確認すること。
- ・交通事故等の第三者行為の対象となった場合は、届出書を提出すること。
- ・支給済の高額療養費が診療報酬明細書の再審査等により減額された場合は、減額された金額を返還すること。

変更 高額療養費の振込先を変更願います。

解除 高額療養費簡素化申請の解除を願います。

※上記の個人番号とはマイナンバーのことで、日本国内の住所を有する人に、一人一つ付番された12桁の番号です。