

国民健康保険高額療養費支給申請書兼承諾・確認書
(高額療養費申請手続きの省略用)

尾道市長 様

年 月 日

世帯主氏名	
-------	--

私は、下記についてのすべての承諾・確認事項を了承し、申請します。

届出内容	<input type="checkbox"/>	新規	高額療養費の支給手続の簡素化を希望します。						
	<input type="checkbox"/>	変更	高額療養費の振込先を変更します。(年 月支給分から適用)						
	<input type="checkbox"/>	解除	簡素化の終了を希望します。(年 月支給分から適用)						
申請者 (世帯主)	尾道市国保 被保険者番号								
	住 所	尾道市							
	氏 名				生年月日	年 月 日			
	電話番号				マイナンバー (個人番号)				
振込先 (世帯主の口座)	金融機関	銀行・農協 金庫・組合					支店 出張所 営業部		
		種 別	普通・当座		口座番号				
	口座名義人 カタカナ								
承諾・確認事項	<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。 ▪ 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。 ▪ 世帯主の変更、被保険者番号及び振込先口座に変更等があった場合は、再度申請を行うこと。 ▪ 本申請が虚偽等により紛争が生じた場合には、尾道市は関与しないこと。 ▪ 医療費を病院等の窓口で支払っていること。 ▪ 通勤途中・仕事上の負傷や第三者の行為による負傷の際は、必ずその旨を届け出ること。 (国民健康保険法施行規則第32条の6) ▪ 地方単独公費にかかる高額療養費が発生した場合は、その全額または一部を尾道市の地方単独公費相当に振り替えること。 ▪ 高額療養費支給後、負担区分の変更等により、世帯主へ不当利得が発生する場合は、尾道市へ返還すること。 ▪ 次の各号に該当した場合、手続きの簡素化の対象とならないこと。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 国民健康保険料(税)に滞納が生じた場合。 2. 指定した金融機関の口座に入金ができない場合。 3. 申請の内容に偽りその他不正があった場合。 4. 前各号に掲げるもののほか、市長が適当でないとする場合。 								

確認
有・無

受付時使用欄				
受付者		入力者		入力確認者

番 号	有 無
身元確認	済 未
個力・免・バ・障・保・年・介・()	
代理権	有 無