

(相続人用)

国民健康保険高額療養費支給申請書兼申立誓約書
(高額療養費申請手続きの省略用)

尾道市長 様

年 月 日

申請者 (相続人)	住所							
	氏名				生年月日	年 月 日		
	電話番号				元受給権者 との続柄			

受給権者の死亡につき 年 月診療月以前の高額療養費(外来年間含む。)の支払未済額を私が遺族(相続人)として、下記についてのすべての申立誓約事項を了承し、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"/>	終了	簡素化の終了を希望します。(年 月支給分から適用)

受給権者	被保険者番号						
	住所	尾道市					
	氏名				死亡年月日	年 月 日	

振込先 (申請者の口座)	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								

申立誓約事項	<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。後日、相続権のあるほかの遺族との間で紛争などが生じた場合は、申請者が全ての紛争処理し、尾道市は対応しないこと。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。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、受給権者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">国民健康保険料(税)に滞納が生じた場合。指定した金融機関の口座に入金ができない場合。申請の内容に偽りその他不正があった場合。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。							
--------	---	--	--	--	--	--	--	--

受付時使用欄							
続柄確認 <input type="checkbox"/> 住基・戸籍 <input type="checkbox"/> 判定図		口座確認		入力		確認	