

国民健康保険高額療養費支給申請書兼同意書
(簡素化対象世帯用)

大野城市長 宛

以下の内容について、申請します。

【内容】※該当する事項にチェックを入れてください。

☐ 新規 ☐ 振込先変更 ☐ 停止 ☐ 停止解除

申請者 (世帯主)	記 号 番 号	A										申 請 日		令和 年 月 日		
	氏 名											生年月日		T・S H・R 年 月 日		
	住 所	大野城市														
	電 話 番 号											個人番号				
振込先 (世帯主の口座)	ゆうちょ 銀 行 以 外 の金融機関	銀行・農協 信用金庫 信用組合										本店 支店 出張所		種別	普通・当座	
		口座番号								名 義 カタカナ						
	ゆうちょ 銀 行	通帳記号					通帳番号					名義カタカナ				
		1				0	の									
同意事項	■ 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まれること。 ■ 世帯主が死亡等により国民健康保険の資格を喪失した場合等は、振込が停止されること。 ■ 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まれること。 ■ 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、その全額又は一部を大野城市の地方 単独公費相当に振り替えられること。 ■ 高額療養費支給後、医療機関から大野城市への請求金額に変更があり世帯主へ不当利得が 発生する場合は、大野城市へ返還すること。 ■ 支給時、国民健康保険税に未納がある場合は、税へ充当すること。 上記の全ての事項に同意します。 世帯主氏名															

記入例

国民健康保険高額療養費支給申請書兼同意書
(簡素化対象世帯用)

大野城市長 宛

以下の内容に

別添「国民健康保険高額療養費の支給申請について」に
記載の「被保険者記号・番号」をご記入ください。

世帯主の方のお名前を
ご記入ください。

【内容】※該当する事項に○を入れてください。

☒ 新規

☐ 変更

☐ 停止

☐ 停止

申請者 (世帯主)	記 号 番 号	A 123 4567										申 請 日	令和 6 年 12 月 10 日					
	氏 名	大野 ジョー										生年月日	T (S) H・R ●年 ●月 ●日					
	住 所	大野城市 曙町●丁目▲番■号																
	電 話 番 号	090-1234-5678										個人番号	●●●● ●●●● ●●●●					
振込先 (世帯主の口座)	ゆうちょ 銀 行 以 外 の 金 融 機 関	●● 銀行・農協 信用金庫 ▲▲ 信用組合										本店 支店 出張所	種別	(普通) 当座				
		口座番号	1	2	3	4	5	6	7	名 義 カタカナ	オオノ ジョー							
	ゆうちょ 銀 行	通帳記号					通帳番号					名義カタカナ						
		1				0	の											
同意事項	■ 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まれること。 ■ 世帯主が死亡等により国民健康保険の資格を喪失した場合等は、振込が停止されること。 ■ 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まれること。 ■ 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、その全額又は一部を大野城市の地方 単独公費相当に振り替えられること。 ■ 高額療養費支給後、医療機関から大野城市への請求金額に変更があり世帯主へ不当利得が 発生する場合は、大野城市へ返還すること。 ■ 支給時、国民健康保険税に未納がある場合は、税へ充当すること。 上記の全ての事項に同意します。																	
	世帯主氏名 大野 ジョー																	