別記様式第1号（第4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

飯田市長　様

申請内容		新規　・　口座変更　・解除	記号番号	いいだ	—
申請者（世帯主）	氏　名		生年月日	大・昭 平・令	年　　月　　日
	住　所	〒　　—			
	電話番号	（　　）	個人番号		
振込先金融機関	□ 公金受取口座への振込を希望します ※ご自身でマイナポータルへ登録されていないと利用できません □ 下記口座への振込を希望します				
	金融機関コード		支店コード	口座種別	普通　・　当座
	銀　行 信用金庫 信用組合 農　協　　本店 支店 支所			口座番号	
				フリガナ 口座名義人	
振込先委任状	※世帯主と口座名義人が相違する場合は、下記に記名してください。 国民健康保険高額療養費が上記名義人の口座へ振り込まれることを同意します 申請者（世帯主）　氏　名				

※簡素化を希望する場合、世帯主の同意が必要です。下記事項を確認いただき、同意の署名をお願いします。

同意事項

・国民健康保険税に滞納がないこと。
・国民健康保険の資格が異動、喪失した場合（死亡・転出等）は、資格解除、振込が停止されることがあること。
・申請内容に偽りその他不正があった場合は解除されること。
・指定された金融機関への振込ができなくなった場合は、振込が停止または解除されること。
・手続きの簡素化の解除を希望する場合は、解除の申請書提出が必要であること。
・手続きの簡素化解除後の高額療養費は、勧奨通知によりその都度請求が必要であること。
・過誤等により支給額に変更が生じた場合は、その全額または一部を他の支給月と調整を行うか返還を求めることができること。
・医療機関が実施している無料定額診療などの独自の制度等により、医療費の自己負担金が免除または減額されている場合は、手続きの簡素化を適用できない場合があること。
・第三者行為または業務上の事故による傷病において診療を受けた場合は、すみやかに連絡する必要があること。

上記すべての事項について同意の上、高額療養費の申請手続きの簡素化を申請します。

年　　月　　日

申請者（世帯主）氏名

代理人が申請の場合	下記に必要事項を記入してください	
	氏　名	世帯主との関係
	住　所	連絡先電話番号