

# 国民健康保険高額療養費支給申請(新規・変更・停止(解除))申請書・承諾書

申請日	年 月 日	受付番号	
-----	-------	------	--

(提出先) 新宮町長

- 新規 国民健康保険高額療養費を、今後申請なしに支給(自動支給)を受けるよう申込みます。
- 変更 国民健康保険高額療養費の振込先を変更願います。
- 停止(解除) 国民健康保険高額療養費の自動支給を停止(解除)願います。

申込みにあたり、必要な公簿を閲覧されることに異議ありません。



申請者 (世帯主)	被保険者証 番号	
	住 所	新宮町
	氏 名	
	生年月日	年 月 日生
	個人番号	
	電話番号	

以下のとおり申し出ます。

国民健康保険税の滞納がない	はい・いいえ
地方単独公費医療(重度障がい者・ひとり親・子ども医療等)、医療助成制度(指定難病、自立支援医療等)または医療機関が実施している事業(無料低額診療事業)などにより、自己負担額が無料または低額になっているものはない	はい・いいえ

自動支給分については、次の口座に振り込んでください。

振込先 (世帯主の口座)	振込先金融機関名			
	銀行・農協 信用金庫 信用組合			本店 支店 支所
	金融機関 コード	店 番号	預金種目	1 普通預金 2 当座預金 4 貯蓄預金
	口座番号(右詰めでご記入ください。)		フリガナ	(カタカナ)
			口座名義	
	ゆうちょ 銀行	通帳記号		通帳番号
	1	0	の	口座名義カタカナ

## 委任状 (世帯主以外の方が申請・受領する場合、記入が必要です)

委任者 (世帯主)	高額療養費に関する <input type="checkbox"/> 申請・ <input type="checkbox"/> 受領を下記の受任者に委任します。			年 月 日
	<input type="checkbox"/> 新宮町が申請書等の事実確認のため、委任者に受任者の情報を提供することに同意します。			
	氏 名		住所	同上
受任者	〒	—	住所	世帯主との関係
	(フリガナ)		日中連絡の取れる電話番号	受任者の本人確認できるもの <input type="checkbox"/>
	氏 名		—	—

保険証  
免許証  
マイナンバーカード等

## 国民健康保険 高額療養費の自動支給の申込みをされる人へ

高額療養費の自動支給をご希望される場合、下記の事項に同意いただき、適用要件に該当している場合に、お申込みができます。

お申込み内容に相違があったときは、自動支給はできません。

承諾事項	<p><input type="checkbox"/> 適用要件について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 原則、国民健康保険税の滞納がないこと。</li><li>・ 医療機関が実施している診療事業(無料低額診療事業)などにより自己負担額が減免されているなど、その都度、領収書の確認が必要なおときには、自動支給を適用できない場合があります。</li></ul> <p><input type="checkbox"/> 解除について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 適用要件に該当しなくなった場合は、自動支給は解除となります。</li><li>・ 世帯主が変わった場合や、国民健康保険被保険者証番号が変更になった場合にも、自動支給は解除となります。</li><li>・ 自動支給が解除となった場合、以後の高額療養費については該当月毎の申請が必要となります。</li><li>・ ご自身による、自動支給の解除をご希望される場合は、停止(解除)申請書の提出が必要です。</li></ul> <p><input type="checkbox"/> 同意事項について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 医療費の一部負担金支払いについて、新宮町から医療機関へ照会することについて同意します。</li><li>・ 医療費の一部負担金を支払っていなかった場合には、支給済みの高額療養費を返還することについて同意します。</li><li>・ 支給済みの高額療養費の金額が再審査等により減額となった場合、減額された金額を返還することについて同意します。</li></ul> <p><input type="checkbox"/> その他注意事項について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 自動支給を適用中に、世帯の中で新たに地方単独公費医療(重度障がい者・ひとり親・子ども医療等)、医療助成制度(指定難病、自立支援医療等)または医療機関が実施している事業(無料低額診療事業)などの制度を受ける人がいる場合は、ご連絡をお願いします。</li><li>・ 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みます。</li><li>・ 第三者行為又は業務上の事故等による傷病で診療を受けた場合は、ご連絡をお願いします。</li><li>・ 地方単独公費医療(重度障がい者・ひとり親・子ども医療等)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新宮町の地方単独公費医療に振り替えます。</li><li>・ 世帯主が後期高齢者医療へ移行した場合、世帯に変更がなければ自動支給は継続されます。</li><li>・ 自動支給を適用中は、支給がある場合は支給決定通知書を送付します。支給がない場合、不支給決定通知は送付されません。</li><li>・ 自動支給を適用中は、高額療養費申請手続きのご案内通知は送付されません。</li><li>・ 口座番号の誤り等により口座振り込みができなかった場合は、金融機関口座通帳等をご持参のうえ、申込書(変更)の提出が必要となります。</li></ul> <p>上記のとおり、すべての承諾事項に了承します。</p> <p style="text-align: right;">署名 _____</p>
------	---