


国民健康保険高額療養費振込先口座確認書兼同意書  
(簡素化対象世帯用)

吉富町長 様

今後、高額療養費の支給は下記口座へ振込をお願いします。なお、代理人を立てる場合は、代理人に高額療養費の支給申請、同意事項への同意及び高額療養費の受領の権限を委任します。

申請者 (世帯主)	記号・番号	1 2 5 ・	申請日	年 月 日		
	氏名		生年月日	年 月 日		
	住所	(〒 - )				
	電話番号	- -	個人番号			
受取口座	<input type="checkbox"/> <b>公金受取口座を利用する</b> (利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。(通帳等の写しの提出も不要になります。)					
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する					
振込先 (原則、世帯主の口座)	金融機関	銀行・農協 信用組合 信用金庫	店舗	本店 支店 支所	種別	普通・当座
	口座番号	口座名義 カタカナ				
代理人 (世帯主以外 の口座の 場合)	氏名	世帯主 との続柄				
	住所	電話番号				
同意事項	<p> <input type="checkbox"/> 指定された振込先に入金ができなかった場合や、国民健康保険税の滞納がある場合、申請の内容に偽りその他不正があった場合は、自動振込が停止され、申請制に戻る。                 </p> <p> <input type="checkbox"/> 一部負担金の支払状況について、町から医療機関等に照会する場合があること。                 </p> <p> <input type="checkbox"/> 医療機関等に一部負担金を支払っていない場合は、支給済みの高額療養費を町に返還すること。                 </p> <p> <input type="checkbox"/> 振込先口座を変更する際は届け出ること。                 </p> <p> <input type="checkbox"/> 通勤途中・仕事上の負傷や第三者行為による負傷の際は届け出ること。                  (国民健康保険法施行規則第32条の6)                 </p> <p> <input type="checkbox"/> 地方単独公費医療(重度障害者医療・ひとり親家庭等医療等)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地方単独公費医療に振り替えること。                 </p> <p> <input type="checkbox"/> 高額療養費支給後、医療機関から吉富町への請求金額に変更があり世帯主へ不当利得が発生した場合は、その後支給が発生する高額療養費と相殺すること。                  (民法第505条)                 </p> <p>                     上記の全ての事項について同意の上で高額療養費の支給申請をします。                 </p> <p style="text-align: right;">世帯主氏名 _____</p>					

【保険者確認欄】

国保税の滞納の有無	有 ・ 無
地方単独公費医療の有無	有 ・ 無
受付者	

受付印     
-------------------------