

国民健康保険高額療養費支給申請手続簡素化申出書兼同意書

（宛先）蒲郡市長 様

申出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

高額療養費の支給申請（手続の簡素化）について、裏面記載の事項に同意の上、申出します。

世帯主	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	住所	(〒 - )					
国民健康保険 被保険者番号 (※1)			電話番号	-	-		
申出内容(※2)		簡素化開始 ・ 振込先口座変更 ・ 簡素化解除					

※1 蒲郡市国民健康保険に加入している方の資格確認書等に記載されている被保険者番号を記入してください。ご不明な場合は記入不要です。

※2 該当する申出内容に○を付けてください。

希望の振込先口座を記入してください。

振込先	金融機関	銀行・信金 金庫・信託 信組・農協	店名	本店 支店 出張所	預金 種別	普通 当座 貯蓄
	口座番号 (右詰め)		口座 名義人	(フリガナ) 氏名		

※ 世帯主以外の方が代理で申出・受領する場合は、以下の委任欄を記入してください。

委任 状 欄	私は下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。	
	・ 蒲郡市国民健康保険高額療養費に係る〔支給申請手続簡素化に関する申出・受給〕	
	【受任者（代理人）】	住所 _____
		氏名 _____ 委任者との続柄 _____
		年 月 日
	【委任者（世帯主）】	住所 _____
		氏名 _____
	【※委任者（世帯主）が自署できない場合は、代筆者氏名と代筆理由を記入してください。】	
	代筆者氏名 _____	
	代筆理由 _____	

