

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												

簡素化開始にあたっての同意事項（必ずお読みください）

- この申出以降に発生した高額療養費については、指定された口座に振り込まれること。ただし、この申出書兼同意書の受付年月日、郵便の到達状況等によっては、次回高額療養費該当時に自動振込とならず、従来の申請書による申請手続が必要となる場合があるため、その場合は、従前どおり支給申請を行うこと。
- 申出前に発生した高額療養費（既に支給申請書を送付しているもの）については、従前どおり支給申請を行うこと。
- 傷病の原因が第三者行為（交通事故や傷害事件等）や労災である場合は、高額療養費の支給にあたり、蒲郡市から経緯等の確認を受けること。
- 高額療養費支給後に支給額が減額になった場合、蒲郡市に差額を返還すること。
- 蒲郡市が高額療養費の支給事務に必要な医療費等の情報を医療機関に照会すること。
- 国民健康保険法上の世帯主及び当該世帯主の世帯に属する被保険者の資格に異動があり、対象者の要件を満たさなくなった場合は、簡素化が解除されること。
- 国民健康保険税に滞納が発生した場合は、簡素化が解除されること。
- 医療機関等への医療費の一部負担金の未払が発覚した場合は、簡素化が解除されること。また、高額療養費支給後に医療費の一部負担金の未払が発覚した場合は、蒲郡市に返還すること。
- 国民健康保険法上の世帯主や蒲郡市国民健康保険の被保険者番号に変更があった場合は、簡素化が解除されること。
- 指定された口座に振り込みができなくなった場合は、簡素化が解除されること。
- 対象者が死亡した場合は、簡素化が解除されること。
- 申出の内容に偽りその他不正があった場合は、簡素化が解除されること。
- その他市長が必要と認める場合は、簡素化が解除されること。

【事務処理欄】

①申出人の身元確認	②代理権の確認
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人（ ） <input type="checkbox"/> 委任状（任意代理） <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等（法定代理）
<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）	③確認者