

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

亀山市長 様

年 月 日

高額療養費の支給申請(手続の簡素化)について、以下の事項に同意の上、申出いたします。

被保険者証 記号番号					
世帯主	氏名				
	住所				
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	電話番号
申請内容	簡素化開始 ・ 振込先口座変更 ・ 簡素化停止				

簡素化開始に当たっての同意事項

- この申出以降に発生した高額療養費の支給については、以下の口座に振り込まれること。
- 振込先口座を変更又は簡素化を停止する場合は、必ず届け出ること。
- 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、必ずその旨を届け出ること。
- 支給済みの高額療養費の額が再審査等により減額となった場合は、減額された金額に相当する額を亀山市に返還すること(次回以降の支給の予定がある場合は、当該支給の際に額の調整が行われること。)
- 高額療養費の支給事務に必要な医療費等の情報を、亀山市が医療機関に照会すること。

振込先口座	金融機関	銀行・組合 信用金庫 労働金庫	店名	本店 支店 出張所	種別	普通 当座
	口座番号		口座名義	(フリガナ)		

(注) 世帯主以外の口座に振り込む場合は、以下の委任欄にご記入ください。

委任欄	なお、本件の受領に関する行為(振込先口座の指定)を以下の者に委任します。	
	委任者 (世帯主) 氏名	_____
	※世帯主が自署されない場合は、記名押印してください。	
受任者 (口座名義人) 住所	_____	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ
氏名	_____	世帯主との関係 (_____)

市記入欄	本人確認書類	受付
	個人番号カード・運転免許証 住基カード・障害者手帳 保険証・介護保険証 在留カード・その他	