**国民健康保険高額療養費支給申請手続簡素化申出書**

つがる市長　様

高額療養費の支給申請（手続の簡素化）について、下記の事項に同意の上、下記のとおり申し出いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 世 帯 主 | 記号番号 | つがる　－ | 申　出　日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 氏　　名 |  | 電話番号 | －　　　　－ |
| 個人番号 |  |
| 住　　所 | 　つがる市 |
| 申 請 内 容 | □　簡素化開始　　・　　□　振込口座変更　　・　　□　簡素化停止 |

**簡素化開始にあたっての同意事項（簡素化開始時のみ）**

**●** この申出日以降に支給決定した高額療養費については、手続の簡素化が停止するまで下記口座に振り込まれること。

ただし、これより前に勧奨した高額療養費（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。

**●** 保険税に滞納が発生した場合等、適用要件を満たさなくなった場合は簡素化が停止されること。

**●** 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停止されること。

**●** 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、高額療養費の支給にあたり、つがる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対象額が減額になった場合、つがる市に差額を返還すること。

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 公金受取口座を利用します。（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。 |
| 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) |  |  |  |  |  |  |  | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

※世帯主以外の口座に振り込む場合は、下の委任欄にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 委任欄 | 私は、住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（口座名義人）氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号（公金受取口座希望の場合）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　に高額療養費の受領に関する権限を委任します。住　　所　つがる市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（世帯主）氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |