

長与町国民健康保険高額療養費支給申請書兼同意書

(宛先) 長与町長

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、下記のとおり申請いたします。

世 帯 主	記号番号	崎15 一	申請日	年 月 日
	氏 名		電話番号	
	住 所	西彼杵郡長与町		
申 請 内 容		簡素化開始 • 振込口座変更 • 簡素化解除		

簡素化にあたっての同意事項（簡素化開始時のみ）

- この申出以降に発生した高額療養費については、長与町の国民健康保険の資格を喪失するまでの間、下記口座に振り込まれること。ただし、これより前の高額療養費（すでに支給申請書を送付しているもの）については、従前どおりに支給申請を行うこと。
- 地方単独公費にかかる高額療養費が発生した場合は、長与町国保の判断で全額又は一部を地方単独公費に振り替えること。
- 国民健康保険税の滞納がある場合は、高額療養費の支給額の全部又は一部を滞納している国民健康保険税に充てることについて同意すること。
- 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込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、必ずその旨を届け出ること。
- 一部負担金に未払いが発生した場合は、長与町に連絡すること。また、高額療養費支給後に一部負担金の未払いが発覚した場合は、長与町に返還すること。
- 高額療養費支給後に支給額が減額になった場合は、長与町に差額を返還すること。
- 高額療養費の支給に関する事務に必要な医療費等の情報を、長与町が当該医療機関に照会すること。
- 届出事項に変更が生じた場合は届け出ること。

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)										

世帯主以外の口座に振込む場合は、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（口座振込先）を下記の者に委任します。											
	委任者 (世帯主) 氏名 _____											
	受任者 (口座名義人) 住所 _____ <input type="checkbox"/> 世帯主に同じ 氏名 _____ 世帯主との関係（ ）											