様式第１号（第３条関係）

**国民健康保険高額療養費支給申請書兼承諾書**

**（申請手続簡素化世帯用）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （世帯主） | 記号・番号 | １３１　・ | 申請日 | 年　　月　　日 | | |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 住所 |  | | | | |
| 電話番号 |  | 個人番号 |  | | |
| 振込先  世帯主の口座以外の場合は委任状が必要です | 金融機関 | 銀行・農協  信用組合  信用金庫 | 本店  支店  支所 | | 種別 | 普通・当座 |
| 口座番号 |  | 口座名義人  （カタカナ） |  | | |
| 上毛町長　様  　　　□　新規  　　　　　私は医療機関に対して一部負担金を今後も遅滞なく支払うことを誓約し、上記のとおり  　　　　高額療養費の支給を申請します。また、申請にあたり下記事項全てについて承諾します。  　　　・今後、高額療養費が発生した際は上記の振込先口座に振り込むこと。ただし、世帯主が死亡  　　　　等により上毛町国民健康保険の資格を喪失した場合等は、自動振込が停止され申請制に戻る  　　　　こと。  　　　・振込先口座を変更する際は届け出ること。  　　　・通勤途中、仕事上の負傷や第三者行為による負傷の際は届け出ること。  　　　・地方単独公費医療（重度障害者・ひとり親・子ども医療等）にかかる高額療養費が発生した  　　　　場合はその全額又は一部を地方単独公費医療に振り替えること。  　　　・支給額に変更が生じ減額となった場合は、返還請求されること。  　　　　（次回以降の支給予定がある場合には、当該支給の際に額の調整が行われること。）  　　　□　変更　　高額療養費の振込先を変更願います。  　　　□　取下　　申請手続簡素化の取下げを申出します。  申請者　　世帯主氏名 | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 委任状 | 本申請に係る高額療養費の受領について下記の者に委任します。  　　受任者（口座名義人）　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　委任者（申請者）　　　　　世帯主氏名 |