

別記様式（第2条関係）

国民健康保険高額療養費申請書兼承諾書 (申請手続簡素化世帯用)									
被保険者番号	長	申請日	年 月 日						
申請者(世帯主)氏名		生年月日	年 月 日						
申請者(世帯主)住所									
電話番号			個人番号						
公費負担医療、医療助成制度または医療機関が実施している事業により、自己負担額が無料または低額になっている場合は右欄を記入			対象者氏名						
			制度名または医療機関名						
振込口座	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協	種別	口座番号		名義人（カタカナ） ※ 左詰めで記入				
	支店	<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 当							
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は上記の口座情報の記入不要）									
長岡京市長 様 <input type="checkbox"/> 新規 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。									
<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後、高額療養費（令和6年4月診療分以降の時効未到来分）が発生した際は、上記の振込先口座に振り込まれること。但し、世帯主が変更となった場合等は、自動振込が停止され申請制に戻る。 ・ 振込の時期は、早くても診療日から3～4か月後となること。（振込は2か月毎となること） ・ 世帯員全員分の高額療養費が振り込まれること。（世帯員別での振込はできないこと。） ・ 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。 ・ 無料低額診療事業を利用した場合は、その旨を届け出ること。 ・ 一部負担金等について疑義が生じた場合は、市において医療機関に照会すること。 ・ 地方単独公費医療（障がい者、ひとり親、子育て支援医療等）にかかる高額療養費については対象外であること。（別途、申請を必要とする） ・ 再審査等により支給額に変更が生じた場合は、次回以降の支給額で調整されること。なお、次回以降の支給額がない場合は、市に返還すること。 ・ 支給決定時に国民健康保険料等に未納がある場合は自動振込されず、国民健康保険料等の未納分に充当する場合があること。 									
<input type="checkbox"/> 変更 高額療養費の振込先を変更願います。 <input type="checkbox"/> 取下げ 申請手続簡素化の取下げを申し出ます。									

※別世帯の人の口座を指定する場合は、下記の委任状が必要です。

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	印

処理	確認
----	----