

# 記 載 例

## 国民健康保険高額療養費支給申請書 (支給申請手続特例該当世帯用)

令和 年 月 日

只見町長 様

申請者 (世帯主)	保険証記号番号	島 3 6 - 1 2 3 0 0 0 1 0 0											
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	住 所	只見町大字只見字雨堤1039番地											
	氏 名	只見 太郎						電話番号	82-5100				

**自署又は押印をお願いします。**

<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<p>1 次の事項に同意し、高額療養費の</p> <p>(1) 一部負担金（医療機関等での窓口負担額）の支払状況について、町から医療機関等に照会する場合があること。</p> <p>(2) 医療機関等に一部負担金を支払っていなかった場合には、支給済みの高額療養費を町に返還すること。</p> <p>(3) 支給済みの高額療養費の額が再発本等により減額となった場合には、減額された金額に相当する額を</p> <p>(4) 交通事故等の第三者行為があ</p>	<p><b>ご注意ください！</b></p> <p>ゆうちょ銀行(郵便局)を利用される場合は、通帳内の銀行使用欄に記載されている【店名】若しくは【店番】を支店名としてご記入ください。</p> <p>また、ゆうちょ銀行の口座番号を記入ください。郵便局の記号・番号ではお支払できませんので、ご注意ください。</p> <p><u>わからない場合は、通帳を持参いただき、コピーを添付してください。</u></p>
	<p>2 任意事項</p> <p>(1) 自動払戻の適用中は、支給が</p> <p>(2) 適用要件に該当しなくなった</p> <p>(3) 世帯主が変わったり、保険証</p> <p>(4) 都合により自動払戻の解除を</p>	<p><b>チェックをしてください。</b></p>

<input type="checkbox"/> 変更	高額療養費の振込先の変更を申請しま
-----------------------------	-------------------

振込先口座	金融機関名	●●銀行	支所・支店名	〇〇支店
	口座種別	普通当座	口座番号	123321
	フリガナ	タダミ タロウ		
	口座名義人	只見 太郎		

**口座名義人が世帯主の場合は記入不要です。**

上記口座名義人に委任します。  
(口座名義人が世帯主以外の場合)

委任状	申請者(世帯主)	印
-----	----------	---