

別記様式（第2条関係）

国民健康保険高額療養費支給手続簡素化申請書

（宛先）
岩国市長 様

年 月 日

世帯主者 （申請者）	被保険者 記号・番号	山 8		
	住 所			
	氏 名			
	電話番号		個人番号（マイナンバー）	

世帯主以外の被保険者 記入欄が不足する場合は、この用紙を複数枚用意してください。

氏 名		個人番号（マイナンバー）
氏 名		個人番号（マイナンバー）
氏 名		個人番号（マイナンバー）
氏 名		個人番号（マイナンバー）

世帯主の口座 世帯主以外の口座に振込を希望する場合は委任状も記入してください。

振込先	金融機関名	本店・支店名	種 別	口 座 番 号			
		銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本 店 支 店 支 所	普 通 ・ 当 座			
	口座名義人（カタカナで記入）						

委 任 状（※世帯主以外の方が受け取る場合は記入してください。本人の保険証と受任者の身分証を提示してください。）

年 月 日

私は、住所
氏名
に高額療養費の受領に関する権限を委任します。

世帯主 住所
氏名

私の世帯の全ての被保険者の高額療養費の支給について、次の事項に同意します。

同意事項

- ・この申請書に記入した事項に関して市の登録を受けること。
- ・高額療養費の自動振込は、診療月から4か月以降になること。
- ・世帯主や被保険者記号・番号が変更になったときは、自動振込が停止されること。
- ・被保険者に変更があったときは、変更後の全ての被保険者を高額療養費の支給対象とすること。
- ・国民健康保険料が滞納となったときは、自動振込が停止されること（滞納が解消された場合は再度この申請書の提出が必要です。）。
- ・審査により医療機関の診療報酬が減額となったときは、減額相当分の高額療養費を市に返還すること。
- ・交通事故等、加害者に責任のある事故による傷病のときは、被害届を市に提出すること（示談前に市に連絡すること。）。