

## 国民健康保険高額療養費支給申請手続簡素化申出書

（宛先）前橋市長

年 月 日

被保険者 記号・番号	ま —		
住所	前橋市		
申出人氏名 （世帯主）			
電話番号	自宅 — —	携帯電話 — —	
申出内容	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 停止（停止の場合は以下の記入不要）		
	<input type="checkbox"/> 下記事項に同意し、月間・年間の高額療養費簡素化手続を申出します。 ①一部負担金（医療機関での窓口負担額）の支払状況について、前橋市から医療機関等に照会すること ②医療機関への未払がある場合には前橋市に報告すること ③交通事故等の第三者行為があった場合には傷病届を前橋市に提出すること ④審査や一部負担金額の減免・未払い・交通事故等による損害賠償金の受領又は公費負担医療制度により一部負担金の負担状況が変動した場合は、前橋市からの返還請求及び以後の高額療養費との調整に応じること		
振込先口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。		
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。		
	金融機関コード	支店コード	種目
	銀行 信用組合 信用金庫 農 協 労働金庫 ( )	本店 支店 出張所	普通預金 当座預金
	口座番号		口座名義人
		フリガナ	
		氏名	
個人番号 （公金受取口座を登録する場合のみ）	— —		

口座名義人が世帯主以外の場合は以下の欄を記入してください。

※申出人（世帯主）が自署してください。

## 委任状

国民健康保険高額療養費に関する受領を下記の代理人に委任します。

委任者（世帯主）

代理人住所

代理人氏名

## 注意事項

- 公金受取口座の方は、口座情報を変更した場合事務処理の都合上、変更前の口座に振り込まれる場合があります。
- 支給決定通知書には医療機関の明細は記載されておりません。
- 次のいずれかに該当する場合は振り込みが停止され、再度申出書の提出が必要となる場合があります。
  - 世帯主の変更があった場合
  - 国民健康保険税の滞納がある場合
  - 世帯主及び当該世帯主の世帯に属する者全員が前橋市国民健康保険の被保険者でなくなった場合
  - 指定された口座に高額療養費を支給できなくなった場合
  - 申出の内容に偽りその他不正があった場合
  - その他市長が必要と認めた場合

受付印