

川棚町国民健康保険  
高額療養費支給申請手続簡素化申請書

長崎県東彼杵郡川棚町長 様

年 月 日

国民健康保険高額療養費の支給申請（手続きの簡素化）について、下記事項に同意の上申請します。併せて、川棚町長が高額療養費支給のため、私及び世帯員の課税状況について調査することに同意します。

世帯主

住所

氏名

電話番号

振込先

金融機関	店名	預金種別
銀行・信金 労金・信組 農協・漁港	本店 支店 出張所	普通 当座 貯蓄
口座番号	口座名義人（カナ）	

簡素化にあたっての同意事項

- この申出以降に発生した高額療養費については、上記口座に振込むこと。  
但し、下記に該当する場合は簡素化の取消しを実施するものとする
  - 1 世帯主が変更した場合
  - 2 被保険者が川棚町国民健康保険の資格を喪失した場合
  - 3 申請者が指定した振込先口座が解約されたこと等の理由により、高額療養費の支給ができない場合
  - 4 申請の内容に偽りその他不正があったことが判明した場合
  - 5 承認後に申請者の世帯に係る国民健康保険税の滞納が発生した場合
  - 6 その他町長が承認を取消すことが適当と認める場合
- 高額療養費支給後に一部負担金の未払が発覚した場合は、速やかに未払額を医療機関へ支払うこと。

≪町使用欄≫

滞納	記入者確認	担当者
有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( )	