

国民健康保険高額療養費振込先口座確認書・承諾書

(簡素化対象世帯用)

宗像市長あて

今後、高額療養費の支給は下記口座へ振り込みをお願いします。なお、代理人を立てる場合は、代理人に高額療養費の支給申請、承諾事項への承諾および高額療養費の受領の権限を委任します。

申請者 (世帯主)	記号 番号	宗	申請日	令和	年	月	日						
	氏名		生年 月日	大正		年	月	日	昭和		年	月	日
	住所												
	電話 番号								個人 番号				
振込先 基本的に世帯主の 口座	金融 機関	銀行・農協・漁協 信用組合 信用金庫			店舗	本店 支店		種別	普通 ・ 当座				
	口座 番号							名義 カタカナ					
世帯主以外の 口座の場合 代理人	氏名							世帯主 との 続柄					
	住所							電話 番号					
承諾事項	<p><input type="checkbox"/> 今後(月診療分より)、高額療養費が発生した際は、上記の振込先口座に振り込むこと。(申請制に比べて振り込みに時間を要することがあります) ただし、70歳未満の人が国保に加入した場合や世帯主が死亡等により国保資格を喪失した場合等は、自動振込が停止され申請制に戻ることに。</p> <p><input type="checkbox"/> 高額療養費外来年間上限を超えた場合は、上記の振込先口座に振り込むこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 振込先口座を変更する際は、必ず届け出ること。</p> <p><input type="checkbox"/> 通勤途中・仕事上の負傷や第三者の行為による負傷の際は、必ずその旨を届け出ること。(国民健康保険法施行規則第32条の6)</p> <p><input type="checkbox"/> 地方単独公費(重度障害者医療・ひとり親医療)にかかる高額療養費が発生した場合は宗像市国保の判断でその全額または一部を宗像市の地方単独公費担当課に振り替えること。</p> <p><input type="checkbox"/> 支給時、国民健康保険税に未納がある場合は、収納課指定分へ充当すること。</p> <p>上記のとおり、<u>すべての承諾事項に了承の上で高額療養費の支給申請をします。</u></p> <p style="text-align: right;">世帯主名 _____</p>												

【申請時確認欄】

国保税	完納 ・ 未納
70歳未満 (提出日時点)	無 ・ 有
地単公費有無 (障・親)	有 → 承諾事項(地単公費)の案内を! 無
本人控	来庁者に窓口で渡した ・ 世帯主へ郵送した
来庁者氏名 (世帯主以外の時のみ)	

受付者

管理簿入力日

支給用紙作成

受付印