

別記様式（第3条関係）

国民健康保険高額療養費特例手続申請書

永平寺町長 様

年 月 日

申請者 (世帯主)	被 保 険 者 証 記 号 番 号	井吉 ー ー		
	住 所			
	氏 名		電話番号	

<input type="checkbox"/> 新規	<p>1 次の事項に同意し、高額療養費の支給を申請します。</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審査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町に返還すること（次回以降の支給の予定がある場合には、当該支給の際に額の調整が行われること。）。</p> <p>(4) 交通事故等の第三者行為があった場合には、傷病届を提出すること。</p> <p>2 注意事項</p> <p>(1) 特例手続の適用中は、支給がある場合は通知書を送付します。</p> <p>(2) 適用要件に該当しなくなった場合には、特例手続は解除となります。</p> <p>(3) 世帯主が変わったり、保険証の記号番号が変わった場合にも特例手続が解除となる場合があります。</p> <p>(4) 都合により特例手続の解除を希望する場合には、申出が必要です。</p>
-----------------------------	---

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

<input type="checkbox"/> 取消し	高額療養費の特例手続の取消しを申請します。
------------------------------	-----------------------

振込先口座	金 融 機 関 名		支 所 ・ 支 店 名	
	口 座 種 別	普通 ・ 当 座	口 座 番 号	
	フリガナ			
	口 座 名 義 人			
委 任 状	支給される高額療養費の受領については、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) 申請者（世帯主）			

受付	入力