

国民健康保険高額療養費支給申請手続簡素化申出書兼同意書

(宛先) 西東京市長

高額療養費の支給申請（手続の簡素化）について、下記の事項に同意の上、申出いたします。

申出者 (世帯主)	記号番号	3 9 -	申請日	令和 年 月 日
	氏名		電話番号	- -
	住所			
申請内容	振込口座変更		簡素化解除	

簡素化開始にあたっての同意事項（簡素化開始時のみ）

- この申出以降に発生した高額療養費については、西東京市国民健康保険の資格を喪失するまでの間、下記口座に振込まれること。ただし、これより前的高額療養費（既に支給申請書を送付しているもの）については、従前どおり支給申請を行うこと。
- 保険料に滞納が発生した場合等、適用要件を満たさなくなった場合は簡素化が解除されること。
- 指定された口座に振込みができなくなった場合は簡素化が解除されること。
- 傷病の原因が第三者行為（交通事故や傷害事件等）や労災である場合は、高額療養費の支給にあたり、西東京市から経緯等の確認を受けること。
- 一部負担金の未払いが発生した場合は、西東京市に連絡すること。また、高額療養費支給後に一部負担金の未払いが発覚した場合は、西東京市に返還すること。
- 高額療養費支給後に支給額が減額になった場合、西東京市に返還すること。
- 高額療養費の支給事務に必要な医療費等の情報を、西東京市が医療機関に照会すること。

振込先口座 ※解除時は 記入不要	金融機関	銀行・信金 金庫・信託 信組・農協	店名	本店 支店 出張所	種別	普通 当座
	口座 番号	フリガナ				
		口座名義人				

(注) 世帯主以外の口座に振り込む場合は、以下の委任欄にご記入ください。

委任欄	なお、本件の受領に関する行為（口座振込先）を下記の者に委任します。					
	委任者 (世帯主) 氏名 _____ ※					
	受任者 (口座名義人) 住所 _____ <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ 氏名 _____ 世帯主との関係 ()					

※世帯主が自書されない場合は、記名押印してください。