第1号様式（第4条関係）

国民健康保険高額療養費支給申請書（特例手続用）

被保険者 記号・番号	記 号	島70	番 号	

申請者 （世帯主）	住所		電話	
	氏名		生年月日	
	個人番号			

振 込 先 口 座 （世 帯 主）	銀行・金庫　　本店　　普通 信組・農協　　支店　　当座	口 座 番 号	
		フリガナ	
		口 座 名 義	

同意事項

- 支払うべき被保険者の医療費の一部負担金に未納が発生した場合、遅滞なく浅川町へ申し出ます。
- 第三者行為（交通事故等）があった場合は、浅川町に報告すること。
- 一部負担金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。
- 医療機関に一部負担金を支払っていなかった場合及び高額療養費の支給後の変更等により、返還金が発生した場合には、その後に支給される高額療養費と調整すること。また、調整できない場合は、浅川町へ返還すること。
- 重度心身障害者医療費助成と重複するものとして算定される額の控除、医療費助成事業給付金への充当その他高額療養費の受領に関する一切の権限を浅川町に委任すること。
- 法令により領収書等の添付が必要となっている療養については、領収書等を提出すること。
- 世帯主の変更等、被保険者資格の変更があった場合、この申請書による支給が停止することがあること。
- 指定した金融機関に振り込みが出来なくなった場合、この申請書による支給は停止すること。
- 国民健康保険税の滞納がある場合、この申請書による支給は停止すること。

浅川町長　様

特例申請するに当たり上記事項について同意し、申請します。

年　　月　　日

申請者　　住　　所
（世帯主）　氏　　名
電 話 番 号

受領委任欄

私に支給される高額療養費は、下記名義の下記振込先口座に振込払いされるよう依頼します。

振 込 先 口 座	銀行・金庫　　本店　　普通 信組・農協　　支店　　当座	口 座 番 号	
		フリガナ	
		口 座 名 義	