

国民健康保険高額療養費自動給付申請書（新規・変更）

記号・番号		個人番号	
住 所			
世帯主氏名		生年月日	

**新規** 私は以下の項目に同意し、高額療養費の支給を申請します。

- 1 今後私に係る高額療養費の支給については、この申請をもって支給されること。
- 2 一部負担金の支払状況について、市から医療機関等に照会すること。その際、一部負担金の未納があった場合は、高額療養費を市に返還すること。
- 3 再審査等により支給額に変更が生じた場合、次回以降の支給額で調整されること。
- 4 交通事故等の第三者行為求償事務の対象となった場合は傷病届を提出すること。
- 5 次のいずれかに該当する場合、自動給付を停止すること。
  - (1) 国民健康保険税の滞納がある場合
  - (2) 指定された口座に振込みができなくなった場合
  - (3) 申請の内容に偽りその他不正があった場合
  - (4) (1)～(3)に掲げるもののほか、市長が適当でないと認める場合

**変更** 高額療養費の振込先等の変更を申請します。

(宛 先) 伊那市長

年 月 日

申請者（世帯主名を記入してください） 届出者（届出者が世帯主以外の場合記入）

住所 住所

氏名 氏名（続柄）

電話番号 電話番号

振込先	銀行 信用金庫 農 協 信用組合 ( )	本店・支店 本所・支所	種 預 別 金	普通 当座
口座番号		ゆうちょ銀行（記号）		
口座名義人(カタカナ)				

※口座名義人が世帯主でない場合、下記委任状に記名、押印が必要になります。

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。 委任者（世帯主）氏名 _____ (印) _____
-----	---

※ 注意事項

- ・自動給付の適用中は、支給がある場合は支給決定通知書を送付しますが、支給がない場合には通知は送付しません。
- ・世帯主の変更等があった場合には、再度申請が必要になる場合があります。

本人確認	・運転免許証 ・個人番号カード ・障害者手帳 ・パスポート ・在留カード ・特別永住証明書 上記証明書の発行・登録番号等【 _____ 】 ・その他 ( _____ )	事務処理	自動給付開始年月日
	滞納状況 あり ・ なし		