

国民健康保険高額療養費支給申請書（手続簡素化対象世帯用）

被保険者 記号・番号	貝国 1 2 3 4 5
同意事項	<ul style="list-style-type: none"> 次に掲げる事項のいずれかに該当したとき、手続の簡素化を停止する。停止を解除するときは、再度申請書の提出を要する。 (1) 高額療養費に係る療養のあった月の初日において、当該世帯に70歳未満の被保険者が属する場合 (2) 保険料を滞納した場合（分割納付をしている場合も含む） (3) 指定された金融機関の口座に振込みができなかった場合 (4) 世帯主に変更があった場合 (5) 申請書の内容に偽りその他不正があった場合 <ul style="list-style-type: none"> 高額療養費に係る療養が特定給付対象療養や無料定額診療制度等に該当する場合は、領収書が必要となるため、申し出ること。

国民健康保険高額療養費の支給申請手続きについて、簡素化の適用を受けたいので、上記事項に同意した上で申請します。

貝塚市長 様

世帯主様名で
ご記入ください。

申請年月日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者（世帯主）

住 所 貝塚市島中1丁目17番1号

世帯主様名義の
金融機関を
ご記入ください。

氏 名 貝塚 太郎

電話番号 072 (433) 7273

<世帯主名義の振込先> ※ゆうちょ銀行の場合は、必ず振込専用の口座を記入して下さい。

金融機関名	○ ○ ○	銀行・信用金庫 農協・()	△ △	本店・支店 支所・出張所
口座種別	普通・当座・()	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
名義人(カナ)	カイヅカ タロウ			
名義人(漢字)	貝塚 太郎			

振込先の通帳か、キャッシュカード
いずれかのコピーが必要です。

※太枠内にご記入ください。

※振込先口座の分かる通帳かキャッシュカードのコピーを添付してください。

担当者確認欄 確認日 令和 年 月 日