

国民健康保険高額療養費支給申請書

(振込先口座確認書・承諾書)

受付印

遠賀町長 殿

今後、高額療養費が発生した場合は、下記の口座への振込を希望します。

申請者 (世帯主)	被保険者番号		申請日	令和	年	月	日
	世帯主名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	遠賀町					
	電話番号	— —					
振込先 (世帯主)	銀行 本店 農協 支店 信用金庫 出張所						
	預金種別	普通・当座		口座番号			
	口座名義人 (カタカナ)						

承諾事項

下記の全事項について、承諾します。

- 振込先に指定した口座の解約等を行う場合は、事前に届け出ること。
- 高額療養費の支給後に、医療機関から遠賀町への請求金額が変更され、世帯主への過払いが発生した場合は、その後発生する高額療養費と相殺または遠賀町へ返還すること。
- 子ども医療・障がい者医療・ひとり親医療等の公費の利用に伴い、高額療養費が発生した場合は、その全額又は一部を遠賀町に振り替えること。
- 通勤途中・仕事上の負傷や第三者の行為による負傷の際は、必ずその旨を届け出ること。(国民健康保険法施行規則第32条の6)
- 高額療養費外来年間上限額を超えた場合は、上記の振込先口座に振り込むこと。
- 世帯主が死亡等により国保資格を喪失した場合等は、振込が停止されること。

世帯主名