

別添①申請者、振込先口座ともに世帯主本人の場合

# 国民健康保険高額療養費支給申請書 兼 口座登録申請書

天草市長 様

下記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

なお、過誤等により支給額に変更が生じた場合は、以後の支給額で調整されることを了承します。

※太枠の中を記入してください。

申請日	令和 4年 〇月 〇日	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		
申請内容	新規・変更・取消	記号番号	天草 〇〇〇〇〇〇		
申請者 (世帯主)	氏名	天草 太郎	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
	住所	天草市〇〇町〇〇番地		電話番号	〇〇-〇〇〇〇
記入者 (代筆者)	氏名	本人	世帯主本人又は同世帯の方 の場合 電話番号・住所記入 不要	電話番号	
	住所				

該当するものに○をつけて下さい。該当するものがない場合は( )内に記載して下さい。

振込先	〇 〇	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	△ △	本店 支店 支所	預金種別	普通 当座
口座番号を右詰で 記載して下さい	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇					
口座名義人	カタカナで記入してください。 アマクサ タロウ					
委任欄	※世帯主と口座名義人が異なる場合に記入してください。 上記口座名義人への振り込みを了承します。 申請者(世帯主) 住所 _____ 氏名 _____ (印)					

## 承諾事項

- 今後、高額療養費が発生した際は、上記の振込先口座へ振込むこと。ただし、世帯主が転出や死亡等により国保資格を喪失した場合、または、世帯分離により証番号が変更となった場合には自動振込みが停止されるため、必ず届け出ること。
- 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。
- 高額療養費支給後、医療機関から天草市への請求金額に変更があり、世帯主への不当利得が発生する場合は、その後に支給が発生する高額療養費と相殺すること。
- 振込先口座を変更する際は、必ず届け出ること。
- 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。
- 地方単独公費(重度、子ども医療等)にかかる高額療養費が発生した場合は天草市国保の判断でその全額または一部を地方単独公費に振り替えること。
- 支給時、国民健康保険税に未納がある場合は、天草市国保の判断で支給額の全額または一部を未納の国民健康保険税へ充当すること。

上記のとおり、すべての承諾事項に了承の上で、高額療養費の支給申請を希望します。

世帯主氏名

天草 太郎

世帯主本人が必ず  
自署して下さい。

天  
草

自署の場合、押印不要

受付印

滞納	記入者確認	支給開始診療月
有 無	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他	

受付者

※ 振込口座の通帳の写しを添付すること。

※ 高額療養費の請求権の時効は、診療月の翌月から起算して2年です。

別添②申請者が世帯主本人で、振込先口座が世帯主以外の場合

# 国民健康保険高額療養費支給申請書 兼 口座登録申請書

天草市長 様

下記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

なお、過誤等により支給額に変更が生じた場合は、以後の支給額で調整されることを了承します。

※太枠の中を記入してください。

申請日	令和 4年 〇月 〇日	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇				
申請内容	新規・変更・取消	記号番号	天草 〇〇〇〇〇〇				
申請者 (世帯主)	氏名	天草 太郎	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
	住所	天草市〇〇町〇〇番地		電話番号	〇〇-〇〇〇〇		
記入者 (代筆者)	氏名	本人	世帯主本人又は同世帯の方 の場合 電話番号・住所記入 不要	電話番号			
	住所						

該当するものに〇をつけて下さい。該当するものがない場合は( )内に記載して下さい。

振込先	〇 〇	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	△ △	本店 支店 支所	預金種別	普通 当座
口座番号を右詰で 記載して下さい	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇					
口座名義人	カタカナで記入してください。 アマクサ ハナコ					

委任欄	※世帯主と口座名義人が異なる場合に記入してください。 上記口座名義人への振り込みを了承します。		世帯主本人が必ず自署してください。
	申請者(世帯主) 住所	天草市〇〇町〇〇番地	自署の場合、押印不要
	氏名	天草 太郎	

## 承諾事項

- 今後、高額療養費が発生した際は、上記の振込先口座へ振込むこと。ただし、世帯主が転出や死亡等により国保資格を喪失した場合、または、世帯分離により証番号が変更となった場合には自動振込みが停止されるため、必ず届け出ること。
- 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。
- 高額療養費支給後、医療機関から天草市への請求金額に変更があり、世帯主への不当利得が発生する場合は、その後に支給が発生する高額療養費と相殺すること。
- 振込先口座を変更する際は、必ず届け出ること。
- 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。
- 地方単独公費(重度、子ども医療等)にかかる高額療養費が発生した場合は天草市国保の判断でその全額または一部を地方単独公費に振り替えること。
- 支給時、国民健康保険税に未納がある場合は、天草市国保の判断で支給額の全額または一部を未納の国民健康保険税へ充当すること。

上記のとおり、すべての承諾事項に了承の上で、高額療養費の支給申請を希望します。

世帯主氏名

天草 太郎

世帯主本人が必ず自署して下さい。

自署の場合、押印不要

滞納	記入者確認	支給開始診療月	受付者
有 無	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他		

※ 振込口座の通帳の写しを添付すること。

※ 高額療養費の請求権の時効は、診療月の翌月から起算して2年です。