

様式第1号（第3条関係）

令和 年 月 日

湯沢市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
(世帯主) 氏名 \_\_\_\_\_  
連絡先 \_\_\_\_\_  
被保険者番号 \_\_\_\_\_  
個人番号 \_\_\_\_\_

国民健康保険高額療養費支給申請書（手続の簡素化対象世帯用）

（新規）

- 医療機関等に対して一部負担金を今後も遅滞なく支払うことを誓約し、下記注意事項に同意した上で高額療養費の支給を申請します。なお、過誤調整等により、相殺すべき事由が生じた場合は、相殺しての支給を承諾いたします。

（福祉医療に関する委任）

- 私の世帯に属する者の福祉医療費受給期間内の療養に係る高額療養費がある場合で、湯沢市長が当該高額療養費相当額に福祉医療費を充て、医療機関等に支払っている場合は、当該高額療養費の受領を湯沢市長に委任します。

【注意事項】

次のいずれかに該当する場合、手続の簡素化を停止します。なお、(1)の要件により停止した場合で、(1)の要件に該当しなくなった場合は、停止を解除します。

- (1) 国民健康保険税の滞納がある場合
- (2) 指定した振込先金融機関口座に高額療養費が振込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

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。						
振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合			本店 支店		預金種別	普通 当座
口座番号							
口座名義人カナ							