

## 国民健康保険 高額療養費の自動払戻 申請書（新規・変更）

国民健康保険高額療養費の自動払戻について、下記事項について同意し申請します。

☐ 適用要件について

- ・国民健康保険料の滞納がないこと。
- ・医療機関で医療費の一部負担金の支払いを済ませていること。

☐ 解除について

- ・自動払戻を解除したい場合、保険者に申し出ること。
- ・適用要件に該当しなくなった場合、保険者の判断で自動払戻を解除する可能性があること。

☐ 同意事項について

- ・医療費の一部負担金の支払いについて、泉大津市から医療機関へ照会すること。
- ・支給済みの高額療養費の金額が減額となった場合、減額された金額を返還すること。

☐ その他の注意事項について

- ・自動払戻を適用中は、高額療養費申請手続きの案内通知および支給申請書は送付されません。
- ・振込みができ次第、支給決定通知を送付します。
- ・同じ世帯で国民健康保険に加入している人にかかる高額療養費は、すべて自動払戻となります。  
対象者ごとに振込口座や支給方法を指定することはできません。

泉 大 津 市 長      殿

年      月      日

津国 \_\_\_\_\_

申請人（世帯主）

住      所                      泉大津市 \_\_\_\_\_

氏      名（世帯主） \_\_\_\_\_

電話番号                      \_\_\_\_\_

銀行名	銀行・信金・信組・農協		支店
フリガナ			
口座名義人 （世帯主）			
口座番号	普通・当座		

**\* ゆうちょ銀行の場合は必ず振込専用の支店名（数字 3 ケタ）・口座番号を記入してください。**

市役所使用欄（ご記入は不要です）		
自動払戻開始年月	入力（メモ・口座・印字）	確認（メモ・口座・印字）
令和      年      月      送付分 （令和      年      月      診療当月分）	・令和      年      月      日	・令和      年      月      日