**国民健康保険高額療養費自動振込申込書兼同意書**

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号　記号・番号 | 泉国 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 　 |
|
| 支店名 | 　 |
|
| 口座番号 | 　 |
|
| 口座名義人（カナ） | 　 |
|

※世帯主名義の口座に限ります

下記の事項に同意した上で、国民健康保険高額療養費自動振込を申し込みます。

泉南市長　様

年　　　月　　　日

（世帯主）住所

氏名

電話番号

【同意事項】

１　次のいずれかに該当する際は、本申請が解除されます。

1. 泉南市国民健康保険の被保険者でなくなったとき
2. 世帯主の変更があったとき
3. 指定された金融機関に振込できなくなったとき
4. 国民健康保険料の滞納があるとき
5. 申請内容に偽りその他不正がある等、市長が解除する必要があると認めたとき

２　医療機関独自の制度により、医療費の自己負担金が免除又は減額されている場合は申し出てください。

３　交通事故等の第三者行為により診療を受けた場合は申し出てください。

４　過誤等により支給額に変更が生じ、返還すべき差額があるときは返還してください。