

国民健康保険高額療養費

振込口座変更 ・ 支給簡素化解除届

申請日 令和 年 月 日

申請内容	振込口座変更 ・ 簡素化解除
------	----------------

申出者 (世帯主)	氏名		個人番号																
	生年月日	年 月 日	電話番号	— —															
	住所																		
届出者 (窓口 きた方)	氏名		世帯主との続柄																
	電話番号	— —																	
	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ																	

●振込口座変更をする場合は以下にご記入ください。

振込先	金融機関	銀行・信金 農協・金庫 信用組合						店名	支店 支所	種別	普通 当座
	口座番号							フリガナ			
		口座名義人									
委任状	世帯主以外の口座に振込む場合は、この欄にご記入ください。 上記名義人口座への振込みを承諾します。 世帯主名 _____ ⑩										