別記様式（第５条関係）

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

年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者（世帯主） |  | 届出人（窓口に来た方）※世帯主の場合は記入不要 |
|  |  |  |
| 住所 |  |  | 住所 |  |
| 氏名 |  |  | 氏名 |  |
| 電話 |  |  | 世帯主との続柄 |  |
|  |
|  |  | 電話 |  |

□　高額療養費の振込口座の変更を希望します。

振込金融機関口座を下記のとおり指定し、情報端末に登録することを承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振　込　先金融機関名 | 　　　　　　　　銀行　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　協同組合　　　　　　　　労働金庫　　　　　　　　信用組合 | 支店支店支所支店支店 | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 種別 | 普通　　・　　当座 |
| 口座番号 |  |
| ゆうちょ銀行 | 記号 | １ |  |  |  | ０ | 通帳番号（８桁） |  |  |  |  |  |  |  | １ |  |  |
| 委　任　状 | （世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名押印してください。）上記名義人口座への振込を承諾します。　　世帯主氏名　　　　　　　　　　　　　印 |

□　高額療養費の簡素化（支給自動化）の解除を希望します。

以下、町処理区分

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 係長 | 担当者 |  | 入力 |
|  |  |  |  |