

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 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
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	支店	フリガナ								
	信用金庫	支店	口座名義人								
	協同組合	支所	種 別	普通 ・ 当座							
	労働金庫	支店	口座番号								
	信用組合	支店	通帳番号 (8桁)								
ゆうちょ 銀行	記号	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