

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