

国民健康保険高額療養費支給・口座振込依頼書

三 次 市 長 様

国民健康保険高額療養費支給について申請するとともに、下記の口座への振り込みを依頼します。振込口座が世帯主名義の口座と相違する場合には、口座名義人に対し高額療養費の受領に関する権限を委任します。

また、高額療養費支給決定後、医療費に変更があった等の理由により支給額が変更になった場合には、その後の高額療養費の支給額等で調整されることを承諾します。

年 月 日
(8ケタの番号)

申請者（世帯主）被保険者証番号： _____

(〒) _____

(住所) _____

(氏名) _____

(電話番号) _____

振込口座	金融機関名			
	店 名		口座種別	
	口座番号			
	口座名義	(カタカナで記入)		

《 記載例 》

振込口座	金融機関名	〇〇銀行		
	店 名	△△支店	口座種別	普通
	口座番号	0 1 2 3 4 5 6		
	口座名義	ミヨシ タロウ		