

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	<input type="checkbox"/> みなみ信州農業協同組合		フリガナ												
	<input type="checkbox"/> 飯田信用金庫		口座名義人												
	<input type="checkbox"/> 八十二銀行		種 別		普通 ・ 当座										
	<input type="checkbox"/> その他 [_____]		口座番号												
	[_____] 本店・支店・支所														
	ゆうちょ 銀行	記号	1			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。

<村使用欄>

受付	入力	備考