

国民健康保険高額療養費振込口座変更届

被保険者記号・番号		山10・					
世帯主	氏名						
	生年月日	M・T・S		年		月 日	
電話番号							
受取口座		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 (利用する場合は口座情報の記入不要)					
振込先金融機関名		銀行 信用金庫 労働金庫 農協 漁協					
店名		本店(所) 支店(所) 出張所					
預金種別		普通・当座					
口座番号							
口座名義人	フリガナ						
	氏名						

※届出の際には、免許証等本人確認書類をご持参ください。

光市長様

上記のとおり、高額療養費の振込口座変更を届け出ます。

令和 年 月 日

申請者(世帯主)住所

氏名
