

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 1 0 ・
世 帯 主	氏 名	
	生年月日	年 月 日
電 話 番 号		
受 取 口 座		☐ 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

(受付：)