

国民健康保険高額療養費振込口座変更届

| | | |
|----------|------|--|
| 保険証記号・番号 | | 山 1 0 ・ |
| 世帯主 | 氏 名 | |
| | 生年月日 | M ・ T ・ S 年 月 日 |
| 電 話 番 号 | | |
| 振込先金融機関名 | | 銀 行 庫 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

⑩