

様式1 (第5条関係)

高額療養費振込先口座変更届

年 月 日

(宛先) 秦野市長

(世帯主) 被保険証番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

(申出者) ※世帯主以外の場合はご記入ください。

〒

住 所 _____

氏 名 _____ 続柄 _____

電話番号 _____

国民健康保険高額療養費支給の受給について、自動振込先を下記の口座に変更いたします。

なお、この件につきましては、後日一切の異議申し立てをいたしません。

【申出者記入欄・変更後振込先口座】

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合			本店 支店 本所 支所			種目	口座番号										
							1. 普通 2. 当座											
	金融機関コード			支店コード			フリガナ											
							口座名義人											

※申請者と口座名義人が異なる場合は下記も記入してください。

委任状	私は、次の者に給付費の受領に関する一切の権限を委任します。										
	受任者 (口座名義人)						委任者 (世帯主)				
	氏 名 _____						氏 名 _____				

【申出にあたっての留意点】

申出の適用については、申出時点で変更可能な支給情報からの適用となります。

受付 _____