

## 大和市国民健康保険高額療養費の振込先口座変更申出書

年　月　日

大和市長 あて

丁　一

申請者（世帯主）住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

大和市国民健康保険高額療養費の支給について、振込先口座を下記の口座に  
変更していただくよう申し出ます。

なお、申出の適用については、申出が受理された時点で変更可能な高額療養  
費からとなることを承知します。

### 【申出欄】

被保険者番号			
振 込 先 口 座	金融機関名	銀行 金庫 農協	金融機関コード
	支店名	本店 支店 本所 支所	支店コード
	預金種目	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	口座名義（カナ）		
	口座名義（漢字）		

※指定できる振込先口座は、世帯主名義の口座に限ります。