

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

〒 -

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。