

国民健康保険 療養費等口座変更依頼書（高額療養費）

被保険者番号	羽国	世帯主氏名	
--------	----	-------	--

ご希望する受取方法に✓をつけてください。公金受取口座を利用する場合は個人番号の記入をお願いします（公金受取口座は世帯主のみ利用可能です）。振込口座を指定する場合は、個人番号の記入は任意になります。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別 ()	普通座 ()
-----	-----------------------------------	--------------	-------------	------------

口座番号等左詰で記載して下さい	
-----------------	--

口座名義人 (カタカナ)	
--------------	--

ご利用できる金融機関は、銀行、信用金庫、信用組合、及び農業・漁業協同組合です。（ただし、ゆうちょ銀行の場合、他金融機関からの振込用の、店名、預金種目、及び7ケタの口座番号を必ずご記入ください。）

年 月 日

上記のとおり口座の登録変更を依頼します。

羽曳野市 国民健康保険 宛

郵便番号 _____

世帯主 (委任者) 住所 _____

氏名 _____

連絡先 () _____ 個人番号 _____

委任状欄

年 月 日

国民健康保険高額療養費の受領に関する一切の権限を下記の代理人に委任します。

住所 〒 _____

氏名 _____ (続柄) _____

電話番号 _____ 個人番号 _____