

国民健康保険高額療養費支給・口座振込依頼書

三 次 市 長 様

国民健康保険高額療養費支給について申請するとともに、下記の口座への振り込みを依頼します。振込口座が世帯主名義の口座と相違する場合には、口座名義人に対し高額療養費の受領に関する権限を委任します。

また、高額療養費支給決定後、医療費に変更があった等の理由により支給額が変更になった場合には、その後の高額療養費の支給額等で調整されることを承諾します。

なお、三次市が実施する福祉医療費助成制度により助成を受けている場合で、支払われる高額療養費のうち、三次市が負担している金額がある場合は、その金額について三次市長へ受領を委任し、その金額を除いた金額で支払を受けることに同意します。

年 月 日

申請者（世帯主）被保険者番号： _____（8ケタの番号）

_____（〒）

_____（住所）

_____（氏名）

_____（電話番号）

窓口に来た人（申請者の場合は記入不要）（氏名）

（申請者との続柄）

振込口座	金融機関名			
	店 名		口座種別	
	口座番号			
	口座名義	(カタカナで記入)		

《 記載例 》

振込口座	金融機関名	〇〇銀行		
	店 名	△△支店	口座種別	普通
	口座番号	0 1 2 3 4 5 6		
	口座名義	ミヨシ タロウ		