

高額療養費振込口座変更・簡素化解除届出書

(提出先) 柏原市長

世帯主	被保険者 記号・番号	柏国		・	申請日	令和	年	月	日
	氏名				生年月日		年	月	日
	住所								
	電話番号	-			-				

高額療養費の振込口座の変更を届出します。

振込先				銀行・農協 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所	種別	普通・当座
	口座番号						フリガナ	
							口座名義人	

委任欄(世帯主以外の振込口座を指定する場合に記入が必要です)

委任者 (世帯主)	氏名							
	本申請に係る高額療養費の受領について下記の者に委任します。							
受任者 (口座名義人)	〒		-		住所			
	フリガナ				世帯主との関係	電話番号		
	氏名							

高額療養費の簡素化の解除を届出します。

高額療養費の支給を受けようとするときは、申請書兼請求書を提出します。

(代筆者記入欄)

氏名		住所		電話番号	
生年月日	年	月	日	代筆理由	

市記入欄	滞納		受付	入力	入力確認	その他記入欄
	有	無				