

高額療養費支給口座情報変更申請書

被保険者番号

明石市長 様

令和 年 月 日

下記のとおり高額療養費支給口座情報の変更を申請します。
今後、高額療養費に該当した場合、本申請書の内容を基に支給されることを希望します。
世帯構成などに変更があった場合は再度支給申請が必要となることに同意します。
なお、申請者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に受領委任します。

世帯主 住 所

氏 名

連絡先

来庁者 氏 名

世帯主との続柄

連絡先

※ 別世帯の方が申請を行う場合は、委任状が必要です。

※ 虚偽の申述等により不正に申請を行うことで、法に定める罰則を受ける場合があります。

変更後の 支給口座	金融 機関名	銀 行			本 店	預金 種別	普 通 当 座
		信用金庫	農 協	支 店	出張所		
	口 座 番 号						
					フリガナ		
					口 座 名 義 人		

※1 ゆうちょ銀行を指定する場合は、通帳の見開き下段にある振込用の店名・預金種目・口座番号をご記入ください。

※2 口座変更は、本申請書を明石市が受理した日の翌月以降に支給予定の高額療養費から適用となります。

<受付時事務処理欄>

本人確認	1 (個人番号カード・運転免許証・パスポート・住基カード ・障害者手帳) その他()	受 付	<input type="checkbox"/> 受付日の交渉入力
	2 (保険証(兼高齢受給者証)・年金手帳・通帳) (社員証・学生証・聞き取り)(その他)		
<入力時事務処理欄>		入 力 確 認	
・口座情報修正 (年 月診療分) <input type="checkbox"/>			
・修正済み 交渉入力 <input type="checkbox"/>			