

国民健康保険高額療養費振込先口座変更申出書

年 月 日

(宛先) 金沢市長

国民健康保険高額療養費の振込先を下記の口座に変更します。

〒
住 所

氏 名 (世帯主)

電話番号

個人番号

支払先口座

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は () 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀行				本店・支店				預 金 種 別	普 通 座 ()					
	信用金庫				()										
	信用組合														
	協同組合														
()															
口座番号等															
左詰記載してください															
口座名義人 (カタカナ)															

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

記号番号 (ー)