

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 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()						預金種別 普通 当座 ()
		1	2	3	4	5	6	
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 ()