寒川町国民健康保険料高額療養費支給(兼口座変更)申請書

保険者番号	140525	世帯主	住所	寒川町宮山165
被保険者証の番号	1234567		氏名	寒川 三郎
電話番号	0467-74-1111		個人番号	1234 1234 1234

本申請に一度申請いただくと、次回以降高額療養費に該当した場合、自動的に指定の口座に振込をいたします。

次のとおり、高額療養費の支給を申請します。

令和　　年　　月　　日

(あて先) 寒川町長

原則、世帯主様の氏名をご記入ください。
世帯主が故人の場合のみ、相続人の代表者届出書にて届出した代表者氏名をご記入ください。

申請者氏名　寒川 三郎　印

振込先	さがみ	銀行 / 信用金庫 / 信用組合 / 労働金庫 / 農業協同組合	寒川	本店 / 支店 / 支所 / 出張所	預金種目	1.普通 / 2.当座 / 3.その他	口座番号	0	1	2	0	1	2	0
					フリガナ	サムカワ イチロウ								
	金融機関コード		支店コード		口座名義(漢字)	寒川 一郎								
	5	1 3 1	0	2 0										

委任状の欄は申請者と振込先口座名義人が異なる場合のみご記入ください。

委任状

の権限を委任します。

申請者	住所	寒川町宮山165
	氏名	寒川 三郎　印
受任者(口座名義人)	住所	寒川町宮山165
	氏名	寒川 一郎

※ 本申請は世帯の被保険者全員が70歳以上の世帯のみ対象となります。世帯構成に変更があった場合は再度の申請が必要となる可能性がありますので、予めご理解ください。

色抜きしている個所をご記入ください。
書き損じて修正する場合は修正箇所に二重線を引き、申請者欄に押印いただいた印鑑と同じ印鑑で訂正印を押印ください。

※太枠欄には何も記載しないでください。