

様式第2号（第5条関係）

令和 年 月 日

湯沢市長 様

申請者 住所 _____
(世帯主) 氏名 _____
連絡先 _____
被保険者番号 _____
個人番号 _____

国民健康保険高額療養費支給申請手続の簡素化の変更申出書

(変更)

下記注意事項に同意し、振込先の変更を申し出ます。

(停止)

手続の簡素化の停止を申し出ます。

【注意事項】

次のいずれかに該当する場合、手続の簡素化を停止します。なお、(1)の要件により停止した場合で、(1)の要件に該当しなくなった場合は、停止を解除します。

- (1) 国民健康保険税の滞納がある場合
- (2) 指定した振込先金融機関口座に高額療養費が振込できなくなった場合
- (3) 申請の内容に偽りその他不正があった場合

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。							
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
口座番号								
口座名義人カナ								