

様式第2号(第4条、第6条関係)

尼崎市国民健康保険高額療養費支給申請に係る手続簡素化変更等申出書

尼崎市長 宛

尼崎市国民健康保険高額療養費の支給申請について、次のとおり申出します。

申請日	令和 年 月 日		
被保険者番号		個人番号	
世帯主氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
住所	〒 一		電話番号

変更	<input type="checkbox"/>	振込先金融機関口座の変更を申出します。
解除	<input type="checkbox"/>	高額療養費支給申請に係る手続簡素化の解除を申出します。

※高額療養費支給申請に係る手続簡素化について、申出する区分のいずれかに☑をしてください。

口座振込先					銀行								本店	
					信用(金庫・組合)								支店	
					農協・組合								出張所	
	支店コード				口座番号		金融機関コード							
	預金種別		普通(総合)		口座名義人	フリガナ								
			当座			氏名								
	<input type="checkbox"/>	公金受取口座を利用します。		・当該口座をご利用の場合は、上記金融機関の項目は記入不要です。 ・マイナポータル等を通じ、登録が完了している方のみご利用可能です。										

※金融機関口座通帳の写し等、口座情報がわかるものの添付が必要です。

(注) 世帯主以外の方の口座を指定される場合は、以下の委任欄にご記入ください。

委任欄	尼崎市長 宛 私は、高額療養費の受領に関する権限を下記の者に委任します。		
	委任する人(世帯主) 氏名 _____		
	委任を受ける人(口座名義人) 住所 _____		
			<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ
	氏名 _____		
	委任する人(世帯主)との関係() 受任者の電話番号(- - -)		

本人確認欄	マイナンバーカード・資格確認書・運転免許証・パスポート・身障手帳・その他()
-------	---