

別記様式（第3条関係）

小浜市高額療養費自動償還申請書

区分	新規 ・ 変更 ・ 解除							
被保険者番号	井小 ー							
振込先金融機関							本店 ・ 支店 ()	
口座種別・番号	普通・当座							
口座名義人 (カタカナ)								

チェックをお願いします。

世帯主の公金受取口座を利用する

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。また、高額療養費の額が支給後に変更され減額となった場合には、減額された金額に相当する額を市に返還すること（次回以降の支給予定がある場合には当該支給の際に調整が行われること）に同意します。

年 月 日

申請者（世帯主）

住所

氏名

連絡先

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

委任欄 ※世帯主と振込先名義人が異なる場合はこの欄に署名してください。

本申請に基づく高額療養費の受領を上記振込先名義人に委任します。

世帯主氏名

(署名)

(添付書類：指定する口座の通帳（写し）、世帯主及び該当者のマイナンバーカード）

※：相続人代表者の口座を指定する場合は、相続人であることが分かる書類の写しを添付してください。