

# 振込口座（変更）届書

保険者番号	3	9	3	2			氏名	
被保険者番号							生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日

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 ( )
口座番号等 <small>左詰記載してください</small>				通帳等 確認
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。

- 高額療養費
- 療養費・移送費・標準負担額差額
- 高額介護合算療養費
- その他 ( )

※該当するものにチェックをしてください。

振込口座については、上記の口座へ振り込まれますよう届け出ます。

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

平成 年 月 日  
〒

届出者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

被保険者との関係：本人・( ) \_\_\_\_\_

口座名義人が被保険者と異なる場合は、以下の欄に記入・押印してください。

(委任欄)

私は、 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、 \_\_\_\_\_ の受領に関する権限を委任します。

委任者（届出者） 氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人（口座名義人） 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

被保険者との関係：( ) \_\_\_\_\_

※市町村使用欄

公簿 確認		入 力		備 考	
----------	--	--------	--	--------	--