

後期高齢者医療 振込先口座変更依頼書

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

振込先を変更する支給種別	1. 療養費・移送費・標準負担額差額 2. 高額療養費 3. 高額介護合算療養費 4. その他 ()
※該当するものに○をしてください	

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。

振込先口座	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 左詰記載してください				市町村 確認欄
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。

上記支給種別に係る振込先口座について、変更を依頼します。

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

令和 年 月 日

〒 _____

申請者 住 所 _____
(被保険者)

氏 名 _____

電話番号 () _____

★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、次の者を代理人と定め、上記支給種別の受領に関する権限を委任します。	
委任者(被保険者) 氏名	Ⓜ
代理人(口座名義人) 住所	
氏名	
被保険者との関係 : ()	

※市町村使用欄

公簿 確認		入力		備考	
----------	--	----	--	----	--