

後期高齢者医療給付に関する振込口座変更届

変更を希望する給付種別に○をしてください。

被保険者氏名	1	2	3	4	5	6	7	8	(フリガナ) 被保険者氏名	コウイキ タロウ
										広域 太郎
振込先を変更する医療給付の種類 (変更する種類全てに○)	<input checked="" type="checkbox"/> 高額療養費・ <input checked="" type="checkbox"/> 療養費・ <input checked="" type="checkbox"/> 高額介護合算療養費・その他 ()									

項目	変更後の振込口座									
振込先金融機関名	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 銀行									
店舗名	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 ()									
種別(どちらかに○)	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座									
口座番号 (左づめで記入)	1	2	3	4	5	6	7			
口座名義人 (カタカナ)	コウイキ シ・ロウ									

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

福井県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり変更が生じましたので届出します。

なお、本届出書に基づく後期高齢者医療給付の受領を上記振込先の名義人に委任します。
(※申請者と口座名義人が異なる場合は、にレ点をつけて下さい。)

平成〇〇年〇〇月〇〇日

申請者と異なる口座に振込を希望される場合、この口にレ点を付けてください。


申請者の住所、氏名等を記入してください。
印鑑を忘れずに押してください。

<申請者>

(被保険者が死亡されている場合は相続人)

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

住所 〇〇市〇〇町12-3

氏名 広域 太郎 

被保険者との続柄 本人

電話 ×××× - ×× - ××××

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。

※同じ印鑑を押してください。

捨印

