

記載例（振込口座変更届）

①被保険者証に記載されている被保険者番号を記入してください。

②被保険者の氏名（フリガナ）を記入してください。

後期高齢者医療

口座変更届

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	(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○)	高額療養費・療養費・特別療養費・その他 ()		
変更後の振込口座			
振込先金融機関名	○ ○	銀行	
店舗名	○ ○	本店 (支店) ()	
種別(どちらかに○)	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 タロウ		

③振込先を変更する種類全てに○をつけてください。

④金融機関名、支店名を記入してください。

⑤通帳等をご確認の上、書き間違いのないようご注意ください。

⑥口座名義人は必ずカタカナで記入してください。
濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1字あけてください。

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

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20年 7月 15日

⑦申請日を記入してください。

⑧変更口座を他の方の口座とする場合、この□にレ点を付けてください。

⑨被保険者の住所、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。
※被保険者死亡後の届出の場合、その相続人の住所、氏名等を記入してください。

<申請者>

〒○○○-○○○
住所 ○○市○○町1-23
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

※同じ印鑑を押してください。

捨印

