

後期高齢者医療給付に関する振込口座変更届

被保険者番号		(フリガナ) 被保険者氏名	
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 ()		

項 目	変 更 後 の 振 込 口 座		
振込先金融機関名			
店舗名	本店・支店・()		
種別(どちらかに○)	普通 ・ 当座		市町担当者 通帳確認印
口座番号 (左づめで記入)			
口座名義人 (カタカナ)			

捨印
印

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。

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。)

年 月 日

<申請者>

〒

住 所 _____

氏 名 _____ 印

広域連合受付印	市町受付印

被保険者との続柄 _____

電 話 - - _____

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。