

# 後期高齢者医療給付費振込口座変更依頼書

医療給付費	※振込口座を変更する医療給付費に○をつけてください。 <input checked="" type="radio"/> 高額療養費・療養費・食事療養差額・特別療養費・葬祭費・高額介護合算療養費				
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	氏名	後期 太郎		
生年月日	明治 大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和	3 年 1 月 1 日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	電話番号 (086) 245 - 0090

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	広域	銀行 <input checked="" type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合 <input type="radio"/> 協同組合 ( )	岡山西				本店 ( )	<input checked="" type="radio"/> 支店 ( )	預金種別 ( )	<input checked="" type="radio"/> 普通 当座 貯蓄 ( )
			[網掛け]				[網掛け]	[網掛け]		
口座番号 左詰記載して下さい	1	2	3	4	5	6	7			
口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	キ		タ	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・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり、後期高齢者医療給付費の振込口座の変更を申請します。

令和 元 年 6 月 1 日

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所 岡山市北区今二丁目2番1号  
 被保険者又は  
 葬祭執行者  
 氏名 後期 太郎 

委任状	※申請者と口座名義人が異なる場合に記入してください	
	上記、後期高齢者医療給付費の受領に関	
	年 月 日	<b>申請者と口座名義人が異なる場合にご記入ください。</b>
	申請者 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者又は <input checked="" type="checkbox"/> 葬祭執行者	住所 _____ 氏名 _____ 印
	代理人	住所 _____ 氏名 _____ 印