

後期高齢者医療 給付費振込口座変更依頼書

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。

医療給付費	高額療養費 ・ 療養費 ・ 高額介護合算療養費 ・ 葬祭費 ・ その他 (外来年間合算含む) ()
-------	---

被保険者番号		氏名	
個人番号 (マイナンバー)		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日

振込先		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 支店 出張所 ()	預金種別	普通座貯蓄 ()
	金融機関コード		支店コード		
口座番号 (右づめ)					
口座名義人 (カタカナ) (左上づめ)					

※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の「店名 (漢数字 3桁) ・ 預金種目 ・ 口座番号 (数字 7桁)」 (通帳見開き下部) を記入してください。
 ※ 口座名義人は、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。

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様 年 月 日

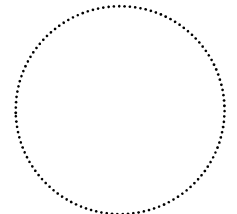
申請者 住所 _____

(被保険者
 または
 葬祭執行人) 氏名 _____ (印) ※口座名義人と申請者が異なる場合のみ押印

電話番号 _____

↓ 口座名義人と申請者が異なる場合は、記入・押印してください。 ↓

受領委任状	上記、後期高齢者医療給付費の受領に関する権限を、下記代理人に委任します。 年 月 日	
	委任者 (申請者)	氏名 _____ (印)
	受領代理人	住所 _____ 氏名 _____ (印)



市町村受付日
年 月 日