

消えるボールペン、消えやすいインキや鉛筆では、
記入しないでください。

記入例

個人番号、金融機関コード、支店コードが不明の場合は、記入不要です。

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	<input checked="" type="checkbox"/> 高額療養費 <small>(外来年間合算含む)</small>	<input type="checkbox"/> 療養費	<input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費	<input type="checkbox"/> 葬祭費	<input type="checkbox"/> その他 ()
-------	---	------------------------------	------------------------------------	------------------------------	----------------------------------

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	氏名	後期 次郎
個人番号 (マイナンバー)									生年月日	明治 大正 <input checked="" type="checkbox"/> × × 年 <input checked="" type="checkbox"/> × × 月 <input checked="" type="checkbox"/> × × 日 昭和 <input checked="" type="checkbox"/>

振込先	広域	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 協同組合	岡山	<input checked="" type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄
	金融機関コード		支店コード			

口座番号 (右づめ)	0	1	2	3	4	5	6
口座名義人 (カタカナ) (左上づめ)	コウキ	シ	シ	シ	シ	シ	シ

「姓」と「名」は、1マス空けてください。

ゆうちょ銀行の場合は、
通帳の見開き下部の
「店名(3桁)、口座番号(7桁)」
を記入してください。

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 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日

住所 **岡山県岡山市北区●町×番×号**

申請者 (被保険者または葬祭執行人) 氏名 **後期 次郎** Ⓜ ※口座名義人と申請者が異なる場合のみ押印

電話番号 **086 - 000 - 0000**

↓

この受領委任状は、
口座名義人と申請者が異なる場合のみ
記入・押印してください。

受領委任状	上	氏名	Ⓜ	氏名	Ⓜ
	受領代理人	住所		氏名	

市町村受付日
年 月 日