

後期高齢者医療 給付費振込口座変更依頼書

医療給付費 (該当するものに✓)	☐ 高額療養費 (外来年間合算含む)	☐ 療養費	☐ 高額介護合算 療養費	☐ 葬祭費	☐ その他 ()
---------------------	--	------------------------------	--	------------------------------	-------------------------------------

被保険者番号	0	個人番号 (マイナンバー)	
氏名		生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和

振込口座選択	記入しなくてもいい。 (記入した場合は、必ず記入してください。)	☐ 公金受取口座を利用する (※被保険者名義の口座に限る) 療養費・葬祭費・相続人は利用できません ※下部の振込指定口座欄の記入と通帳の写しは不要です。 ※公金受取口座を利用する場合、「マイナポータル等による被保険者本人の公金受取口座の事前登録」が必要です。 ※「公金受取口座を利用する」に✓がある場合は、振込指定口座欄に記入されていても、公金受取口座を優先します。	公金受取口座を利用する方は右上の個人番号(マイナンバー)記載欄は必ず記入をお願いいたします。
		☐ 公金受取口座を利用しない(振込口座を指定する) (※下の振込指定口座欄に口座情報を記入してください。)	
振込指定口座	公金受取口座を利用しない場合のみ 記入してください	☐ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 信用組合 ☐ 協同組合 ☐ ()	☐ 本店 ☐ 支店 ☐ 支所 ☐ 出張所 ☐ ()
		金融機関コード	支店コード
		口座番号(右づめ)	
		※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 (カタカナ・左上づめ)	
※ 口座名義人欄は、姓と名の間は1字あけてください。濁点・半濁点を含む文字は1字として記入してください。			

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		年 月 日
申請者 (被保険者 または 葬祭執行人)	住所	
	氏名	☐ ※口座名義人と申請者が異なる場合のみ押印
	電話番号	

↓ 振込指定口座の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、高額療養費受領に関する権限を、下記受領代理者に委任します。 年 月 日	
	委任者 (申請者)	氏名 ☐
	受領代理者	住所
		氏名 ☐
		市町村受付日 年 月 日

(市町村処理欄)