

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✓)	<input type="checkbox"/> 高額療養費 (外来年間合算含む)	<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	個人番号 (マイナンバー)			
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月 日

振込口座選択 (いずれかの口に✓を記入してください)

<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (公金受取口座を利用しない)		※以下に口座情報を記入してください
<input 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 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> ()	預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> ()
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。		
<input type="checkbox"/> 公金受取口座 (マイナンバーと紐付け登録した口座) を 利用する (※療養費・葬祭費・相続人は利用不可)	公金受取口座を利用する方は申請書右上の個人番号 (マイナンバー)記載欄は必ず記入をお願いします	
※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記入と通帳の写しは不要です。 ※公金受取口座の利用には「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。 年金受取口座、他給付の受取口座がそのまま使えるわけではありません。 ※「公金受取口座を利用する」に✓がある場合は、口座情報が記入されていても、公金受取口座を優先します。		

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				

↓ 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。(受領代理者は公金受取口座を使えません。)

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、下記代理者に委任します。 年 月 日		
	委任者 (申請者)	氏名 ㊟	
	受領代理者 (口座名義人)	住所 氏名 ㊟	
			市町村受付日 年 月 日

(市町村処理欄)