

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。 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		氏 名			
生 年 月 日	明治 大正 昭和	年 月 日	性 別	男・女	電話番号

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	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座 貯蓄 ()																		
口座番号 <small>左詰記載して下さい</small>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																					
口座名義人 (カタカナ)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																					

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。

年 月 日

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

申 請 者 住 所

被保険者又は
葬祭執行者
氏名
印

※申請者と口座名義人が同じ場合、押印は省略できます。

※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する権限を、下記代理人に委任します。

年 月 日

申 請 者 住 所

被保険者又は
葬祭執行者
氏名
印

代 理 人 住 所

氏名 印