

後期高齢者医療療養費 振込口座変更依頼書

被保険者番号		(ふりがな) 被保険者氏名	
生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

後期高齢者医療給付療養費支給振込口座変更を届出します。

年 月 日

〒

届出者 住所 _____
(被保険者との続柄)

氏名 _____

電話番号 () _____

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合				本店 支店 ()		市町担当課等に通帳を持参し、 担当者の確認を受けてください。 通帳の写しの添付、金融機関の 確認でも可。	通帳 確認 欄
	金融機関コード				支店コード			
口座番号等 <small>左記記載して下さい</small>					預金種別	普通・当座・()		
口座名義人 (カタカナ)								

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。
口座名義人はカタカナで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。
この申請書提出にあたり、**口座確認のため、市町担当課等に通帳を持参し担当者の確認を受けてください。通帳を持参されない場合や郵送等で申請書を提出される場合は、通帳の写し(金融機関、支店、種別、口座番号、口座名義の確認できるページ)を添付してください。**郵送等の場合で通帳の写しが添付できない場合、ゆうちょ銀行以外は、金融機関の確認(金融機関の口座開設支店で通帳確認欄にチェックしてもらってください)でも可とします。

委任欄

後期高齢者医療療養費受給について上記の者に委任します。

年 月 日

氏名 _____

※ 支給申請書の申請者とこの依頼書の届出者が異なる場合は、委任欄に被保険者の記名が必要です。