

後期高齢者医療給付費振込先口座変更申請書

令和 年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

保険者番号 _____

被保険者番号 _____

〒

住所 _____

申請者

氏名 _____ (印)

電話番号 _____

給付の種類

- 高額療養費
- 療養費
- 高額介護合算療養費
- 葬祭費

後期高齢者医療給付費の振込先を下記の口座に変更します。

変更後の振込先口座

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合			本店 支店 出張所 支所			種目	1. 普通	口座番号										
								2. 当座											
	金融機関コード			支店コード			フリガナ												
							口座名義人												

申請者と口座名義人が異なる場合は下記も記入

委任状	私は、次の者に給付費の受領に関する一切の権限を委任します。																
	受任者			申請者													
	住所 _____			氏名 _____ (印)													

※処理欄

受付印

備考

(注意) ※印の欄は、記入しないでください。