

後期高齢者医療

- ・高額療養費
- ・高額介護合算療養費
- ・療養費
- ・葬祭費

振込先口座変更届

(該当するものを○で囲んでください)

被保険者番号		保険者番号	
住所			
氏名		生年月日	明治・昭和 大正 年 月 日

変更後 口座情報	銀行	金融機関コード	
	信金	種 別	普通 当座 貯蓄
	信組	口座番号	
	農協	口座名義人 (カタカナ)	
	本店		
	支店		
	出張所		
	支所		

※ご本人以外の口座へ振込する場合には「委任欄」もご記入ください。

委任欄	上記給付費の受領を下記の「受領者」へ委任します。	被保険者氏名: <small>(葬祭費の場合は葬祭を行った方の氏名)</small>
	(受領者)住所:	_____
	(受領者)氏名:	続柄: _____

上記のとおり、振込先口座の変更の届出をします。

年 月 日

栃木県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者

住所

フリガナ

氏名

連絡先

※申請者は被保険者本人(葬祭費の場合には葬祭を行った方)の住所・氏名をご記入ください。