

# 後期高齢者医療 給付費振込口座変更依頼書

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。

医療給付費	高額療養費 ・ 療養費 ・ 高額介護合算療養費 ・ 葬祭費 ・ その他 (外来年間合算含む) ( )
-------	---

被保険者番号		氏名	
個人番号 (マイナンバー)		生年月日	明治 年 月 日 大正 昭和

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店 支店 出張所 ( )	預金種別 ( )	普通座貯蓄
	金融機関コード	支店コード		
口座番号 (右づめ)				
口座名義人 (カタカナ) (左上づめ)				

※ 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。  
※ 口座名義人は、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。

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

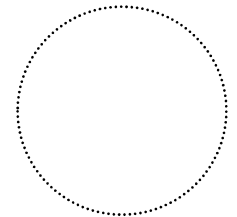
申請者  
被保険者  
または  
葬祭執行人

氏名 \_\_\_\_\_ (印) ※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、下記代理人に委任します。 年 月 日		
	委任者 (申請者)	氏名	(印)
	受領代理人	住所	
		氏名	(印)



市町村受付日
年 月 日