

消えるボールペン、消えやすいインキや鉛筆では、
記入しないでください。

記入例

個人番号、金融機関コード、支店コードが不明の場合は、記入不要です。

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	<input checked="" type="checkbox"/> 高額療養費 (外来年間合算含む)	<input type="checkbox"/> 療養費	<input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費	<input type="checkbox"/> 葬祭費	<input type="checkbox"/> その他 ()
-------	---	------------------------------	------------------------------------	------------------------------	----------------------------------

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	氏名	後期 次郎
個人番号 (マイナンバー)		生年月日	明治 大正 ××年××月××日 昭和

振込先	広域	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	岡山	本店 支店 出張所	預金種別 普通 当座 貯蓄
	金融機関コード		支店コード		

口座番号 (右づめ)	0 1 2 3 4 5 6
口座名義人 (カタカナ) (左上づめ)	コウキ シロウ

「姓」と「名」は、1マス空けてください。

ゆうちょ銀行の場合は、
通帳の見開き下部の
「店名(3桁)、口座番号(7桁)」
を記入してください。

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 令和 ××年××月××日

住所 岡山県岡山市北区●町×番×号

申請者
(被保険者
または
葬祭執行人) 氏名 後期 次郎

☑ ※口座名義人と申請者が異なる場合のみ押印

電話番号 086 - 000 - 0000

この受領委任状は、
口座名義人と申請者が異なる場合のみ
記入・押印してください。

受領委任状	受領者 (申請者) 氏名	☑
	受領代理人 住所	
	受領代理人 氏名	☑

市町村受付日
年 月 日