

# 後期高齢者医療給付費振込先口座変更申請書

年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

<b>給付の種類</b> (いずれか一つにレ点)
<input type="checkbox"/> 高額療養費
<input type="checkbox"/> 高額外来年間合算
<input type="checkbox"/> 療養費
<input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費
<input type="checkbox"/> 葬祭費

保険者番号 \_\_\_\_\_

被保険者番号 \_\_\_\_\_

〒

住所 \_\_\_\_\_

申請者 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

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	口座番号								
	金融機関コード	支店コード	1. 普通									
			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 _____	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。

受 付 印