

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

公金受取口座兼用
給付の種類 (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

個人番号 _____

保険者番号 _____

被保険者番号 _____

〒 _____

申請者 住所 _____

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

- ・払い戻し方法は金融機関口座または公金受取口座のいずれか1つをご選択ください。
- ・両方記入されている場合、公金受取口座を優先します。

<input type="checkbox"/> 下記の口座を振込先に指定します。 ↓ 振込先口座を記入してください。		<input type="checkbox"/> マイナンバーに紐づけされた公金受取口座を利用します。 ※公金受取口座は被保険者本人のみ利用可能です。 ↓ 記入箇所は ※公金受取口座を登録されていない場合は利用できません。 以上です。									
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							
	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 _____	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。