

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

給付の種類 (いずれか一つにレ点)

☐ 高額療養費

☐ 高額外来年間合算

☐ 療養費

☐ 高額介護合算療養費

☐ 葬祭費

申請者

保険者番号

被保険者番号

〒

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

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							
								1. 普通								
	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

備考

(注意) ※印の欄は、記入しないでください。

受 付 印