

振込口座変更依頼書

保険者番号	3	9	3	4	2	0	4	3
受付時使用欄								
受付日	年			月			日	
システム入力者				システム確認者				

令和 年 月 日

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、 年 月 日に申請した下記後期高齢者医療給付費（高齢者の医療の確保に関する法律第56条）の受領について、振込先口座を下記のとおりに変更します。

- 療養費（入院時食事・生活療養費差額，海外療養費，移送費含む）
- 高額療養費（外来年間合算含む）
- 高額介護合算療養費
- 葬祭費

※該当する医療給付費にチェックをしてください。

申請者(受給者)の住所・氏名 ※葬祭費の場合は葬祭執行者が受給者となります。

(〒 -)
住所

氏名

印

電話番号

被保険者番号

【変更後振込先口座】

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。

振込先	銀 金 組 農	行 庫 合 協	本店支店 ()				預 金 種 別	普 通 当 座 ()
			金融機関コード		支店コード			
※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。			※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときには必ず記入してください。					
口座番号(右詰)	記号・番号							
口座名義人 (カタカナ)	カタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1マスあけてください。							