

振込口座変更申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号		
被 保 険 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
給付の種類		<input type="checkbox"/> 高額療養費 <input type="checkbox"/> 療養費(差額支給含む)

私は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて支給される後期高齢者医療給付の振込口座の変更を行うことを申請いたします。

振 込 先	支払区分	口座振込	預 金 種 別	1: 普通	銀行 農業協同組合 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所								
	金融機関コード	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>												2: 当座
口座番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>											3: その他		
				口座名義人	(カナ)									

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

申請者
(被保険者)

氏名