

後期高齢者医療 振込先（口座）変更申請書

保険者番号	被保険者番号
被保険者氏名	生年月日 明・大・昭 年 月 日

変更する支給種別 （口座情報未登録の支給種別は受付不可）	<input type="checkbox"/> (0710) 高額療養費
	<input type="checkbox"/> (0810) 療養費
	<input type="checkbox"/> (0910) 特別療養費
	<input type="checkbox"/> (1010) 葬祭費
	<input type="checkbox"/> (0712) 高額介護合算療養費
	<input type="checkbox"/> () その他 ()

口座振込依頼欄	銀行・農協 信金・信組 ()	本店 支店 ()	種目	口座番号
	金融機関コード	支店コード	普通 ()	
	口座名義人	フリガナ 氏名		

群馬県後期高齢者医療広域連合長あて
上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住 所

申 請 者
(被保険者) 氏 名

☎ 電話番号 ()

私は下記の受領者を代理人と定め、上記支給種別の受領に関する権限を委任します。(受領委任)

住 所

受 領 者
(上記口座名義人) 氏 名

申請者との続柄 ()
電話番号 ()

(〒 -)
住 所

来 庁 者
(申請書の提出者) 氏 名

申請者との続柄 ()
電話番号 ()

注：来庁者が上記申請者に同じ場合は記入不要です。

捨印

市町村受付	市町村担当

広域確認欄	決定年月日	平成 年 月 日	広域担当