

後期高齢者医療 振込先（口座）変更申請書

| | | | |
|--------|----------|--------|--|
| 保険者番号 | 39104492 | 被保険者番号 | |
| 被保険者氏名 | | 生年月日 | |

| | |
|---------------------------------|-------------------------------------------|
| 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。

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 | 年 月 日 | 広域担当 |
| | _____ | | |
| _____ | | | |