

後期高齢者医療

・高額療養費
 ・高額介護合算療養費
 ・療養費 ・葬祭費

振込先口座変更届

(該当するものを○で囲んでください)

被保険者番号		保険者番号	
住所			
氏名		生年月日	明治・昭和 大正 年 月 日

変更後 口座情報	銀行 信金 信組 農協	金融機関コード	
		種 別	普通 当座 貯蓄
		口座番号	
	本店 支店 出張所 支所	口座名義人 (カタカナ)	

※ご本人以外の口座へ振込する場合には「委任欄」もご記入ください。

委任欄	上記給付費の受領を下記の「受領者」へ委任します。	被保険者氏名： (葬祭費の場合は葬祭を行った方の氏名)	㊞
	(受領者)住所：		
	(受領者)氏名：	続柄：	

上記のとおり、振込先口座の変更の届出をします。

年 月 日

栃木県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者

住所

フリガナ

氏名

㊞

連絡先

※申請者は被保険者本人(葬祭費の場合には葬祭を行った方)の住所・氏名をご記入ください。