

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	0 1 2 3 4 5 6 7	保険者番号	3 9 0 9 * * * *
住所	宇都宮市本町3-9 本町合同ビル2階		
氏名	後期 太郎	生年月日	明治・昭和 大正 10 年 1 月 1 日

変更後口座情報	広域	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	0 0 1 1 2 2 3
	宇都宮	本店 支店 出張所 支所	口座名義人 (カタカナ)	コウキ タロウ

※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。

令和 * 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

宇都宮市本町3-9

フリガナ

コウキ タロウ

氏名

後期 太郎

連絡先

028 — 627 — 6805

※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。