

後期高齢者医療給付費振込先口座変更申請書

年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

保険者番号 39141122

被保険者番号

〒

住所

申請者

氏名

印

電話番号

給付の種類

- 高額療養費
- 療養費
- 高額介護合算療養費
- 葬祭費

後期高齢者医療給付費の振込先を下記の口座に変更します。

変更後の振込先口座

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	本店 支店 出張所 支所	種目	1. 普通 2. 当座	口座番号										
	金融機関コード	支店コード	フリガナ												
				口座名義人											

申請者と口座名義人が異なる場合は下記も記入

委任状	私は、次の者に給付費の受領に関する一切の権限を委任します。	
	受任者	申請者
	住所	
	氏名	氏名 印

※処理欄

備考

受付印

--

(注意) ※印の欄は、記入しないでください。