

# 後期高齢者医療 振込口座変更依頼書

( 療養費・高額療養費・外来年間合算・高額介護合算・葬祭費 )

(該当する費用を○で囲んでください)

|        |   |                  |   |
|--------|---|------------------|---|
| 被保険者番号 |   | (ふりがな)<br>被保険者氏名 |   |
| 生年月日   | 年 | 月                | 日 |

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様  
栗東市長 様

後期高齢者医療給付に係る支給振込口座変更を届出します。

年 月 日

〒

届出者 住 所

氏 名

電話番号 ( )

|                                        |                                     |  |  |  |           |      |                                                                 |               |
|----------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|-----------|------|-----------------------------------------------------------------|---------------|
| 振込先                                    | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農業協同組合<br>( ) |  |  |  | 本店<br>( ) |      | 市町担当課等に通帳を持参し、<br>担当者の確認印を受けてください。<br>通帳の写しの添付、金融機<br>関の確認印でも可。 | 通帳<br>確認<br>印 |
|                                        | 金融機関コード                             |  |  |  | 支店コード     |      |                                                                 |               |
| 口座番号等<br><small>左 記 載 して 下 さ い</small> |                                     |  |  |  |           | 預金種別 | 普通・当座・( )                                                       |               |
| 口座名義人<br>(カタカナ)                        |                                     |  |  |  |           |      |                                                                 |               |

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は( )内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。  
口座名義人はカタカナで左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。  
この申請書提出にあたり、**口座確認のため、市町担当課等に通帳を持参し担当者の確認印を受けてください。通帳を持参  
されない場合や郵送等で申請書を提出される場合は、通帳の写し(金融機関、支店、種別、口座番号、口座名義の確認できる  
ページ)を添付してください。**郵送等の場合で通帳の写しが添付できない場合、ゆうちょ銀行以外は、金融機関の確認印(金融  
機関の口座開設支店で通帳確認印欄にチェックしてもらってください)でも可とします。

委任欄

後期高齢者医療受給について上記の者に委任します。

年 月 日

氏名

※ 支給申請書の申請者とこの依頼書の届出者が異なる場合は、委任欄に被保険者の記名が必要です。