振 込 口 座 変 更 依 頼 書

保険者番号	3	9	3	4	2	0	5	0

受付時使用欄			
受付日	年　　月　　日		
システム入力者		システム確認者	

年　　月　　日

広島県後期高齢者医療広域連合長　様

私は、　　年　　月　　日に申請した下記後期高齢者医療給付費（高齢者の医療の確保に関する法律第５６条）の受領について、振込先口座を下記のとおりに変更します。

- ☐ 療養費（入院時食事・生活療養費差額、海外療養費、移送費含む）
- ☐ 高額療養費（外来年間合算含む）
- ☐ 高額介護合算療養費
- ☐ 葬祭費

※該当する医療給付費にチェックをしてください。

申請者（受給者）の住所・氏名 ※葬祭費の場合は葬祭執行者が受給者となります。

（〒　　－　　）

住所

氏名

電話番号

被保険者番号								

【変更後振込先口座】

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。

振込先	銀行 金庫 組合 農協 ※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。	本店 支店 （　　） 金融機関コード　支店コード	預金種別	普通 当座 （　　）
口座番号（右詰）		記号・番号 ※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときには必ず記入してください。		
口座名義人（カタカナ）	カタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は１字とし、姓と名の間は１マスあけてください。			