

振込口座指定(変更)届

- 後期高齢者医療高額療養費
- 後期高齢者医療療養費
- 高額介護合算療養費
- 後期高齢者医療保険料還付金・還付加算金

令和 年 月 日

申請者 氏

住所 _____ 市 _____ 町 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____

氏名 _____ 印 _____

電話 _____ (_____) _____

下記の口座へ振り込みを依頼します。

金融機関名		支店名				店番号		
預金 種目	普通 貯蓄	口座番号						
(フリガナ)								
口座名義人								

※ 申請者が他者名義の口座を指定された場合、その口座名義人への受領委任がされたものとみなします。

-----【市記入欄】-----

被保険者番号								
被保険者氏名								