

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

年 月 日

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

〒

住所 _____

氏名 _____

電話 _____ () _____

下記の口座へ振り込みを依頼します。

| | | |
|------|---|--|
| 振込先 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 | <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 |
| 預金種目 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | 店番号 |
| 口座番号 | ※右づめで御記入ください。 | |
| フリガナ | | |
| 口座名義 | | |

※ 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 | | | | | | | | |