様式2-2

後期高齢者医療 高額療養費振込先口座変更届																
被	被保険者番号							保険者番号								
住所																
氏名					生生			明治·昭和 大正			年		月			日
亦	銀行 信金			金融機	-ド			-	_							
変更前口座情報			信組農協	種別			普通 当座			<u>華</u>	貯					
			———— 本店 <b>—</b>	口座番号												_
	支店 出張所			口座名義人												
			支所	(カタカナ)												
			AH 4-	V =1 144		18										
変更後口座情報	銀行 信金 <b>.</b> 信組			金融機関コード					-		B.L.					
			農協		種 別 ————————————————————————————————————			通	当四	<u>*</u>	貯蓄	<b></b>				
			本店-	口座番号 ————————————————————————————————————												7
	支店 出張所 支所			ロ座名義人 (カタカナ)												-
			又171	,												
上記の	のとおり	J、高額療	養費の振込	<b>込</b> 先口座(	の変す	更の届	出をl	ょす								
上記のとおり、高額療養費の振込先口座の変更の届出をします。 平成 年 月 日																
栃木県後期高齢者医療広域連合長 あて																
申請者 住所										_						
フリカ <sup>*</sup> ナ 氏名									É	D)						
										<u>~</u>	<u>~</u>					
				-											_	

※被保険者本人以外の口座を指定する場合は委任状が必要です。