

後期高齢者医療 高額療養費振込先口座変更届

被保険者番号		保険者番号	
住所			
氏名		生年月日	明治・昭和 大正 年 月 日

変更前 口座情報	銀行 信金 信組 農協	金融機関コード		—	
		種 別	普通	当座	貯蓄
	本店 支店 出張所 支所	口座番号			
		口座名義人 (カタカナ)			

変更後 口座情報	銀行 信金 信組 農協	金融機関コード		—	
		種 別	普通	当座	貯蓄
	本店 支店 出張所 支所	口座番号			
		口座名義人 (カタカナ)			

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 _____

フリガナ
氏名 _____ (印)

連絡先 — — _____

※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。