

後期高齢者医療 高額療養費振込口座変更届

令和 年 月 日

(あて先) 埼玉県後期高齢者医療広域連合長

住 所

(申請者) 氏 名

電 話

高齢者の医療の確保に関する法律により高額療養費の振込口座の変更を下記のとおり届け出ます。

被保険者番号						
氏 名	生年月日		明治	年	月	日
			大正			
			昭和			
金融機関	(フリガナ)					
			銀 行			本 店
			信用金庫			支 店
		農 協			出張所	
※ゆうちょ銀行 も使えます。	種 別	普 通 当 座 貯 蓄	口 座 番 号			
口座名義人	(フリガナ)					

口座名義人がご本人でない方は、下記の委任状にご記入ください。

(委任状)	
私は、	_____を代理人と定め、後期高齢者医療の高額療養費受領の権限を委任する。
申請者の住所・氏名	_____ ㊟
代理人の住所・氏名	_____ ㊟
申請者との続柄	_____