

(表)
後期高齢者医療に係る振込口座変更届出書

届出者	(被保険者)	保険者番号	3	9	4	1											
		被保険者番号															
		フリガナ															
		氏名															
		生年月日	明・大・昭			年		月		日							
		住所	〒	-									(電話	-		-)	
(相続人代表等)	住所	〒	-									(電話	-		-)		
	氏名												被保険者との関係 (相続人代表・葬祭執行者)				
	口座変更する給付費等 (該当に○)	<input type="checkbox"/> 高額療養費 <input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費 <input type="checkbox"/> 葬祭費 <input type="checkbox"/> 相続人申立口座															
変更後の振込先口座	金融機関名				預金種目		口座番号(右詰)										
	銀 金 信 用 組 合 農 協 ・ 漁 協	行 庫	本 支 店 出 張 所	店 店 所	1 普 通	2 当 座	4 貯 蓄	9 其 他									
	金融機関コード				店舗コード												
	フリガナ																
	口座名義人																

(注) 被保険者が亡くなられている場合は、相続人代表等欄も忘れずにご記入ください。
 (注) 届出者と口座名義が違う場合は、裏面の委任状も忘れずにご記入ください。

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様

私(届出者)は、今後「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいて支給される上記の後期高齢者医療給付費について、変更後の口座へ振込んでいただきますよう届出ます。

年 月 日	(記入された方)	住所	〒	-									(電話	-		-)	
		氏名												届出者との関係 ()			

〔市町記入欄〕

市町(支所)名 []	受付日 [. .]	受付者名 [] ・ 郵送
提出者確認方法 (右記 番で確認)	①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勸奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 ()	

〔広域連合処理欄〕

受付日	業務課長	副課長	給付係長	係員	担当	入力日	
						処理	月診療分受付

(裏)

< 委 任 状 >

私(届出者)は、次の者を代理人と定め、振込口座変更に伴う受領に関する権限を委任します。

届出者	住 所	氏 名

代理人 (口座名義人)	住 所	氏 名