

後 期 高 齢 者 医 療 口 座 変 更 届

被保険者番号	
被保険者氏名	

振 込 先	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 協 同 組 合 ()	本 店 支 店 ・ 支 所	預 金 種 別	普 通 当 座
	※この欄は、市町村または広域連合で使用しますので、記入しないでください。			
口座番号等 左詰記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)				
口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁音・半濁音は1字として、姓と名の間は1字あけてください。			申請者以外の口座を指定する場合、申請者との続柄	

後期高齢者医療に関わる

<input type="checkbox"/> 高額療養費	<input type="checkbox"/> 葬祭費
<input type="checkbox"/> 療養費	<input type="checkbox"/> 保険料 還付金
<input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費	
<input type="checkbox"/> 高額療養費(外来年間合算)	

の振込口座について、上記に変更することを申請します。

令和 年 月 日

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様
奈良市長 様

申請者(被保険者本人)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

後期高齢者医療被保険者と振込先の口座名義人が異なる場合は、委任状欄も記入してください。
(委任状)

私は、_____を代理人と定め、次の権限を委任します。

令和___年___月___日に申請した療養費等の受領に関すること。

申請者の	住 所 _____
	氏 名 _____ (印)
代理人の	住 所 _____
	氏 名 _____ (印)
	電話番号 _____