

(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○)	高額療養費	療養費	高額介護合算療養費	葬祭費	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)			
	銀行	本店	1 普通				
	金庫	支店	2 当座				
	信用組合	出張所	4 貯蓄				
	農協・漁協						
	金融機関コード		店舗コード				
フリガナ							
口座名義人							
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します」にチェック(✓)してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付は不要です。							

(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) 届出者	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個人番号カード等身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勸奨通知・介護保険被保険等複数の公的書類 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