

後期高齢者医療

- ・高額療養費
- ・高額介護合算療養費
- ・療養費
- ・葬祭費

様式2-2

振込先口座変更届

(該当するものを○で囲んでください)

被保険者番号		保険者番号	3	9	0	9	2	0	3	6
住所										
氏名					生年月日	明治・昭和 大正	年	月	日	

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)				

※ご本人以外の口座へ振込する場合には「委任欄」もご記入ください。

委任 欄	上記給付費の受領を下記の者へ委任します。		被保険者氏名： (葬祭費の場合は葬祭を行った方の氏名)
	(受任者)住所：		
	(受任者)氏名：	続柄：	

上記のとおり、振込先口座の変更の届出をします。

令和 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

連絡先