振　込　口　座　変　更　申　請　書

届　出　者　名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号		
被保険者	フリガナ	
	氏　　名	
	生年月日	
	住　　所	
給付の種類		□ 高額療養費　□ 療養費(差額支給含む)　□ その他（　　）

私は、高齢者の医療の確保に関する法律に基いて支給される後期高齢者医療給付の振込口座の変更を行うことを申請いたします。

振込先	支払区分	口　座　振　込	預金種別	1：　普通 2：　当座 3：　その他	銀行 農業協同組合 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所
	金融機関コード					
	口座番号		口座名義人		(カナ)	

給付の種類が療養費、高額療養費、外来年間合算、傷病手当についての申請は公金受取口座での利用が可能です。

□　公金受取口座を利用します。

※給付金の受取口座として、公金受取口座を希望する場合は、「□　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、口座情報の記載は必要ありませんが、記載があった場合は上記口座への振込を優先します。

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長　様

年　　月　　日

申請者
（被保険者）

氏名