

(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	〒 ー (電話 ー ー)									
(相続人代表等)	住所	〒 ー (電話 ー ー)									
	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 金庫 信用組合 農協・漁協				1 普通 2 当座 4 貯蓄							
	金融機関コード				店舗コード							
	フリガナ											
	口座名義人											
	☐ 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「 ☐ 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) 提出者	住所	〒 ー (電話 ー ー)
		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

(口座名義人) 代理人	住 所	氏 名
		届出者 との関係 ()