

後期高齢者医療 療養費等口座変更依頼書 ()

保険者番号		被保険者氏名	
被保険者番号			

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は () 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本 店 支 店 ()	預 金 種 目 ()	普 通 当 座 ()
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詰で記載してください。濁点・半濁点は1文字として、姓と名の間は1字あけてください。ご利用できる金融機関は、銀行、信用金庫、信用組合、及び農業・漁業協同組合です。(ただし、ゆうちょ銀行のご利用の際、他金融機関からの振込用の、店名、預金種目、及び7ケタの口座番号を必ずご記入ください。)

上記のとおり口座の登録変更を依頼します。

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

郵便番号

申請者
(委任者)

住 所

氏 名

連絡先 ()

※ 療養費等の申請を行った方に申請書を送付しています。今回の申請者につきましても療養費等を申請された方をお願いします。

※ 申請者が手書きしない場合は、記名押印してください。

委 任 状 欄

年 月 日

上記費用の受領に関する一切の権限を に委任します。

※ 申請者以外の口座を登録される場合は、上記の委任状欄にご記入をお願いします。