

後期高齢者医療 療養費等口座変更依頼書 (高額療養費)

[illegible]

下記「ア」「イ」のどちらかに○をつけ、必要事項を記入してください。

※「ア」と「イ」両方に記入されている場合は、「イ」に記入されている口座を振込先口座として登録します。

(ア)	公金受取口座を 振込先に指定します。	※被保険者本人が受け取る場合に限り指定できます。 ※マイナポータル等で登録されている方に限り指定できます。
(イ)	以下の口座を 振込先に指定します。	※「ア 公金受取口座」を選択された場合は記入不要です。 ※申請者以外の口座名義の場合は、委任状欄も記入してください。

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	店名	本店・支店 ()				預金種別	普通座 当座 その他 ()
口座番号								
口座名義 (カタカナ)								

網掛け部は記入不要です。該当するものに○をつけてください。

口座名義は上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり口座の登録変更を依頼します。

年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者（被保険者または相続人代表者）

郵便番号

住 所

氏 名

電話番号 ()

※下記委任状欄を記入する場合、申請者が
手書きまたは記名押印してください。

※ 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。

委任状欄	上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。		
	<u>受任者(口座名義人)</u>	<u>委任者(申請者)</u> (記入日)	
	〒 -	年 月 日	
	<u>住 所</u>	<u>住 所: 同上</u>	
	<u>氏 名</u>	<u>氏 名</u>	
	申請者が手書きまたは記名押印してください。		