

**【記入例】  
振込口座変更依頼書**

保険者番号	3	9	3	4				
受付時使用欄								
受付日	年			月		日		
システム入力者				システム確認者				

令和〇年〇月〇日

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

※申請した日が分かる場合は記入していただき、不明な場合はそのままかまいません。

私は、\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日に申請した下記後期高齢者医療給付費（高齢者の医療

の確保に関する法律第56条）の受領について、振込先口座を下記のとおりに変更します。

※該当する箇所にレ点を記入してください。

- 療養費（入院時食事・生活療養費差額、海外療養費、移送費含む）
- 高額療養費（外来年間合算含む）
- 高額介護合算療養費
- 葬祭費

※該当する医療給付費にチェックをしてください。

申請者(受給者)の住所・氏名 ※葬祭費の場合は葬祭執行者が受給者となります。

(〒720-1522)

住所 神石郡神石高原町小島1701番地

氏名 神石 太郎

電話番号 0847-89-3320

※保険情報の分かるものを参照のうえ記入してください。  
不明な場合は、空白をかまいません。

被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
--------	---	---	---	---	---	---	---	---

**【変更後振込先口座】** ※郵送される場合は、通帳等の写しを添付してください。

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（）内に記載してください。

振込先	神石高原	銀 金 組 農	行 庫 合 協	神石高原				本店			預 金 種 別	普通	
				支店				支店				当座	
金融機関コード		支店コード											
1 2 3 4		5 6 7											
※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。													
口座番号(右詰)	1	2	3	4	5	6	7	記号・番号					
※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときには必ず記入してください。													
口座名義人 (カタカナ)	カタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1マスあけてください。												
	シ	ン	セ	キ	タ	ロ	ウ						