

振込口座変更依頼書
《組戻分》

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

年 月 日

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、 年 月 日に振込不能となっ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。

- 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。

(〒 -)
住所
氏名
電話番号
被保険者番号

【変更後振込先口座】

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 銀金組農 行庫合協 本店支店 () 預金種別 普通当座 ()
金融機関コード 支店コード
※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) 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。