

支給口座変更届

保険者番号 _____

被保険者番号 _____

被保険者氏名 _____ の 平成 年 月 日申請の
葬祭費の支給については、下記の口座に変更いたします。

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

平成 年 月 日

〒 -

住 所

氏 名

印

電話番号

(自署、押印のこと)

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 行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店	種 目	口 座 番 号
	()	()	1 普通預金	
金融機関コード	店舗コード	2 当座預金		
		()		
	フリガナ			
	口座名義人			

※平成 年 月 日までに当広域連合到着分は、次回支給予定日平成 年 月 日
に振込みを行います。平成 年 月 日以降で 月 日までに当広域連合到着分は、
平成 年 月 日(休日の場合は、翌日)支給になりますので、ご了承ください。