

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

Ⓜ

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()内に記入してください。

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 農協 ()	本店 支店 出張所 ()	種 目	口 座 番 号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金						
			2 当座預金						
			3 その他 ()						
	フリガナ								
口座名義人									