

# 支給口座変更届

被保険者番号 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ の葬祭費の支給について、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

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									