

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

支給口座変更届出書

支 給 科 目	<input type="checkbox"/>	高 額 療 養 費
	<input type="checkbox"/>	高額療養費（外来年間合算）
	<input type="checkbox"/>	(医療) 高額介護合算療養費
		(介護) 高額医療合算介護 (介護予防) サービス費
	<input type="checkbox"/>	葬 祭 費
<input type="checkbox"/>	療 養 費	

※該当する支給科目1つだけに☑して下さい。

被保険者番号

(保険証の数字8桁)

被保険者氏名

の上記の医療給付等の支給に

ついては、下記の口座に変更いたします。

令和 年 月 日

〒

—

住 所

(フリガナ)

氏 名

電話番号

(日中連絡可能なもの)

届出者
(受給権者)

※届出者以外の方が、窓口に届出書を持参する場合は記入してください。

窓口持参者	氏名		被保険者 との続柄		連絡先	
-------	----	--	--------------	--	-----	--

※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			
	()	()	1 普通預金
	金融機関コード	店舗コード	2 その他
	()
	フリガナ						
	口座名義人						

市 町 記 入 欄				受付者
申請受給権確認	被保険者本人・登記事項証明書・委任状・その他 ()			
持参者本人確認	【1点】免許・個人・在留・障害・他 ()	備 考		
	【2点】保険・診察・キャッシュカード・他 ()			