

支給口座変更届出書

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 ()		