

記入例

療広域連合長 殿

科支
目給

傷病手当金（新型コロナ関連）

支給口座変更届出書

被保険者番号
(保険証の数字8桁)

12345678

被保険者証の番号(8桁)を記入してください。

被保険者氏名

広域 連五郎

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

届出者の郵便番号・住所・氏名・電話番号を記入してください。

〒 760 - 0066

住所 香川県高松市福岡町二丁目3-2

届出者
(受給権者)

(フリガナ) コウイキ レンゴロウ

氏名 広域 連五郎

日中連絡の取れる電話番号を記入してください。

電話番号 087-811-1866

(日中連絡可能なもの)

※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	広域 花子	被保険者との続柄	長男の妻	連絡先	090-3333-4444
-------	----	-------	----------	------	-----	---------------

※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	本店	種 目	口 座 番 号						
	信用金庫	支店		1 普通預金	2	2	2	2	2	2
	さぬき	さぬき	()	2	2	2	2	2	2	2
	()	()	2 その他							
	金融機関コード	店舗コード	()							
	1 2 3 4	1 2 3								
	フリガ	通帳等を確認して正確に記入してください。	コウイキ レンゴロウ							
	口座名義		広域 連五郎							

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()		