

記入例

支給口座変更届出書

療広域連合長 殿

該当する
給付科目
1つだけに
☑して

<input checked="" 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
<input type="checkbox"/>	(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)

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	さぬき	さぬき	種 目	口 座 番 号						
	()	()	1 普通預金	2	2	2	2	2	2	2
	金融機関コード	店舗コード	2 その他	2	2	2	2	2	2	2
	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()			