

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	☐	高 額 療 養 費
	☐	高額療養費（外来年間合算）
	☐	(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
	☐	葬 祭 費
☐	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

(資格確認書等の数字 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】資格・診察・キャッシュカード・他（ ）			