

記入例

支給口座変更届出書

該当する
給付科目
1つだけに
☑して

☒	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)

12345678

資格確認書等の番号(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	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	さぬき	本店 支店 出張所	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（ ）

【2点】資格・診察・キャッシュカード・他（ ）

備 考