

受付印

振込口座変更届

令和5年 4 月 1 日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

住所 長野県広域市広域連合 1 番地
届出者 氏名 後期 一郎
(被保険者)
連絡先 000-000-0000

後期高齢者医療に関する給付金の振込口座を変更したいので届け出ます。

保険者番号	3	9	2	0	0	0	9	9
被保険者番号	1	1	1	1	1	1	1	1
住所	✓ 届出者と同じ							
氏名	後期 一郎							
生年月日	昭和 16 年 4 月 1 日							
種別	☒ 全て変更 ☐ 個別に変更							
	高額療養費 (☐ 月額 ☐ 外来年間合算) ☐ 療養費 ☐ 特別療養費 ☐ 高額介護合算療養費 ☐ 葬祭費							

該当するものにチェック
☑をつけてください。

振込先	〇〇	銀行	本店・支店	普通
		信用金庫	本所・支所	当座
		信用組合	()	()
		農業協同組合	()	()
口座番号	9 9 9 9 9 9 9	××		
口座名義人 (カタカナ)	コウキ	イチロウ		

届出者(被保険者等)と口座名義
人が違う場合は、委任状が必要
です。

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

市町村 処理欄	受付	入力	
------------	----	----	--

濁点、半濁点は1字とし、姓と
名の間は1字あけてください。