

富山県後期高齢者医療 口座変更届出書

○振込口座を変更する被保険者

保険者番号	3 9 1 6	被保険者番号	0
被保険者氏名			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月
		日	性別
			男・女

○変更する振込先口座

振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 支店 出張所
	金融機関コード	店舗コード
預金種目	普通・当座・貯蓄	<ul style="list-style-type: none"> ・口座番号は7桁です。7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。 ・口座名義人はカタカナで左詰めで記入し、姓と名の間は1字空けてください。
口座番号		
口座名義人 (カタカナ)		

- ・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 () 内に記載してください。
- ・網掛けの中の記載は不要です。
- ・原則、申請者(被保険者)本人名義の口座をご記入ください。

富山県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、後期高齢者医療 [高額療養費 ・ 療養費 ・ 葬祭費] の振込先口座の変更を依頼します。

なお、振込先口座が私の名義でない場合は、口座名義人に受領の権限を委任します。

平成 年 月 日

〒

申請者
(被保険者)

住所

氏名

電話番号

_____ (印)

_____ () _____