

後期高齢者医療高額療養費振込口座変更届

※ 太枠の中は必ずご記入ください。

被保険者番号									氏 名												
生 年 月 日	明治	年				月	日	大正	電話番号												
	昭和																				

振込先	銀 信 用 金 行 信 用 組 庫 協 同 組 合 ()										本店・支店 ()						預金種別	普 通 当 座 ()									
口座番号 (7桁)																											
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。網掛けの中は記載不要です。
 ※ 口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記載してください。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。

山口県後期高齢者医療広域連合長 様																								
上記のとおり、高額療養費の振込口座変更を届け出ます。																								
平成 年 月 日																								
申請者（被保険者または相続人） 住 所																								
氏 名																								

※代理人（被保険者または相続人以外）の口座に振り込みを希望される場合には、必ず委任状に記載してください。

委 任 状

私は、_____ を代理人と定め、高額療養費の受領に関する権限を委任します。

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印