

振込不能分・継続
高額・外来・介護合算・療養費・葬祭費
令和 年 月 日支給
令和 年 月 日支給
介護合算入力日令和 年 月 日
委任状(裏面)使用 有・無

口座振込依頼変更申出書

令和 年 月 日

静岡県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者番号

住 所

氏 名

私は、静岡県後期高齢者医療広域連合から支給される後期高齢者医療給付に関する事項について、先に提出した申請書に記載した金融機関の口座から、下記の金融機関の口座に変更いたしますので、申し出ます。

記

	銀 行 名		支 店 名	
金 融 機 関 名	銀 行 信 用 金 庫 農 協 ()		本 店 支 店 支 所 出 張 所	
種 別	1 普通預金	2 当座預金	3 ()	
口 座 番 号	No.			
口座名義人(カナ)				

この委任状は被保険者本人の口座以外に振り込む場合に必要です

委 任 状

私は、後期高齢者医療療養費支給申請にあたり

住所
氏名
電話番号

を代理人と定め

療養に要した費用に関する給付金の受領を下記のとおり委任いたします。

記

振 込 先 金 融 機 関 名			
銀 行	本 店	口座番号 ()	
信用金庫	支 店	普通	口座名義人氏名 (カナ)
農 協	出張所	当座	()
()			

上記の口座に振込み依頼することを代理受領者と共に連署をもって申請いたします。

令和 年 月 日

静岡県後期高齢者医療広域連合長 様



委 任 者
(被保険者)

住所
氏名



代理受領者
(口座名義人)

住所
氏名
(委任者との続柄)

