

振 込 口 座 変 更 届

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

平成 年 月 日

〒 ー

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

届出者

被保険者との続柄 本人・配偶者・子・その他()

連絡先 電話番号 ー ー

後期高齢者医療に関する給付等の振込口座を変更したいので届け出ます。

被 保 険 者 欄	被保険者番号	
	住 所	
	氏 名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
支 給 種 別		高額療養費 ・ 療養費 ・ 特別療養費 ・ 葬祭費

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合	本 店 支 店 支 所 出張所	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
	金 融 機 関 コ ー ド			
	口座番号等 左詰で記入してください			
	口座名義人 (カタカナ)			

口座名義人は上段から左詰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。