

振込口座変更届出兼誓約書

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

平成 年 月 日

届出者
(誓約者)

住所
氏名

〒

連絡先

死亡した被保険者からみた続柄

下記被保険者の後期高齢者医療に関する医療給付金の受領権利を私が承継いたしましたので、給付等が行われる口座を変更して下さい。なお、他の相続人から異議申し立てがあった場合は、私の責任において相続人の間で解決することを誓約します。

被 保 険 者	被保険者番号	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	

上記の支給について、下記の口座に振込ください。

振込先	支払区分	口座振込				預金種別	普通 当座	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支所 出張所
	金融機関コード						()		
口座番号等 <small>左詰めで記載して下さい。</small>									
口座名義人 (カタカナ)									

口座名義人は上段から左詰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字あけて下さい。