

受付印

振込口座変更届

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

届出者 (被保険者) 住所  
氏名  
連絡先

後期高齢者医療に関する給付金の振込口座を変更したいので届け出ます。

保険者番号		3	9	2	0				
被 保 険 者 欄	被保険者番号								
	住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ							
	氏名	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ							
	生年月日					年	月	日	
種 別	<input type="checkbox"/> 全て変更								
	個別に変更	高額療養費 ( <input type="checkbox"/> 月額 <input type="checkbox"/> 外来年間合算 ) <input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 特別療養費 <input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費 <input type="checkbox"/> 葬祭費							

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。

振 込 先	銀行					本店・支店	預 金 種 別	普 通 当 座  ( )
	信用金庫					本所・支所		
	信用組合					( )		
	農業協同組合							
	( )							
口座番号								
口座名義人 (カタカナ)								

口座名義人はカタカナで上段より左づ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字あけてください。

市町村 処理欄	受付	入力						
------------	----	----	--	--	--	--	--	--

(裏面)

※振込口座の名義人が、該当する書類の申請者（届出者）と異なる場合は記入して下さい。

## 委 任 状

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

申請者または届出者（委任者）住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 \_\_\_\_\_

※該当する書類の申請者または届出者（葬祭費・誓約書を除き被保険者）の住所氏名を記入します。

次の者を代理人と定め、後期高齢者医療に関する以下の権限を委任します。  
(委任する項目にチェック☑をして下さい。)

- 高額療養費の受領
- 療養費の受領
- 食事・生活療養費差額の受領
- 高額介護合算療養費の受領
- 葬祭費の受領
- 保険料の還付
- その他 ( )

代理人（受任者）住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

※振込口座の名義人の住所氏名を記入します。