

後期高齢者医療高額療養費等
振込先預金口座変更届書

保険者番号		被保険者氏名	
被保険者番号		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日

口座変更する後期高齢者医療給付の種類 (該当するものに○をお願いします。)	高額療養費・高額介護合算・療養費・保険料・外来年間合算 生活療養標準負担額差額・食事療養費標準負担額差額・移送費
--	---

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。

変更後口座	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()					本店・支店 ()					預金 種別	普通 当座
	口座 番号											
	口座 名義	フリガナ										
氏 名												

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿
奥多摩町長 殿

上記のとおり、振込先の預金口座を変更しましたので、届け出します。なお、この届け出により、以後発生する高額療養費等の支給の際の振込先とすることに異議を申しません。

令和 年 月 日

〒

申請者（申立者） 住 所

氏 名

続 柄

連絡先電話 ()