

後期高齢者医療高額療養費等
振込先預金口座変更届書

市町名	尾鷲市
市町管理番号	39242094
被保険者番号	

保険者番号	3	9	2	4	2	0	9	4	被保険者氏名		
被保険者番号									生年月日	M・T・S 年 月 日	
口座変更する後期高齢者医療給付の種類(該当に○をしてください)					食事療養標準負担額差額・生活療養標準負担額差額・療養費・特別療養費・移送費・高額療養費・葬祭費・高額介護合算療養費						
上記の給付を申請した年月日					年 月 日申請						
変更後	振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()						本店・支店 ()		預金種別	1. 普通 2. 当座 ()
	口座番号等 (右詰に記載)										
	フリガナ										
口座名義	氏名										

※振込先欄の網掛けの中は記載不要です。被保険者が亡くなった場合は死亡者名義以外の口座を記入してください。

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、この届け出が高額療養費の振込先を変更する場合は、以後発生する高額療養費の支給の際の振込先とすることに異議を申しません。

年 月 日

〒

届出人

住所

続柄

氏名

印 電話番号

委任状

私は、 を代理人と定め、この後期高齢者医療により受ける振込先の変更の届けに関する権限を委任します。

年 月 日
〒

被保険者 住所

氏名

印

※誓約書は被保険者が死亡した場合にご記入ください。

-誓約書-

私は、死亡した被保険者の相続人の代表者として、当該被保険者に係る後期高齢者医療給付に関する申請、請求及び受領の一切の権限を行使するものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

- 当該被保険者に係る後期高齢者医療給付を受領した後に、相続放棄をしたときは、当該受領した額を直ちに三重県後期高齢者医療広域連合に返還すること
- 他の全ての相続人には、私が責任を持って異議等がないように対処し、三重県後期高齢者医療広域連合には一切迷惑をかけないこと

年 月 日

届出人

氏名

印

市町確認欄			
受付者	届出人(本人・代理人)	備考	入力日確認
	各種免許証() 住基カード・保険証 その他()		/

広域連合確認欄	
確認	入力・修正

