

後期高齢者医療 療養費等口座変更依頼書 (高額療養費)

保険者番号	39272141	被保険者氏名	
被保険者番号			

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 支店 ()	預 金 種 目 ()	普 通 当 座 ()
口座番号等 左詰記載して下さい				
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詰で記載してください。濁点・半濁点は1文字として、性と名の間は1字開けてください。
ご利用できる金融機関は、銀行、信用金庫、信用組合、及び農業・漁業協同組合です。(ただし、ゆうちょ銀行のご利用の際、他金融機
関からの振込用の、店名、預金種目、及び7ケタの口座番号を必ずご記入ください。)

年 月 日

上記のとおり口座の登録変更を依頼します。

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

郵便番号

申請者
(委任者)

住 所

氏 名

連絡先 ()

※ 療養費等の申請を行った方に申請書を送付しています。今回の申請者につきましても療養費等を申請され
た方をお願いします。

委 任 状 欄
年 月 日
上記費用の受領に関する一切の権限を に委任します。

※ 申請者以外の口座を登録される場合は、上記の委任状欄にご記入をお願いします。