

振込不能分・継続
 高額・外来・介護合算・療養費・葬祭費
 令和 年 月 日支給
 令和 年 月 日支給
 介護合算入力日平成 年 月 日

口座振込依頼変更申出書

令和 年 月 日

(あて先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

被保険者番号 _____
 住 所 _____
 氏 名 _____

私は、静岡県後期高齢者医療広域連合から支給される後期高齢者医療給付に関する事項について、先に提出した申請書に記載した金融機関の口座から、下記の金融機関の口座に変更いたしますので、申し出ます。

記

金融機関名	銀行名		支店名	
		銀行	本店	
		信用金庫	支店	
		農協	出張所	
種 別	1 普通預金	2 当座預金	3 ()	
口座番号	No.			
口座名義人(カナ)				

確認欄	受付	入力	確認