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　宛

住　　所
届出者（被保険者）　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	
	氏　名	
	生年月日	年　月　日
支給種別		高額療養費 ・ 療養費 ・ 特別療養費 葬祭費 ・ 高額介護合算療養費

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。

振込先	銀　行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）	本店・支店 本所・支所 （　　）	預金種別	普通 当座 （　　）
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。