

振込口座届出・変更届

入力	受付

令和 年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿

申請者

住所 _____

氏名 _____

届出者

住所 _____

氏名 _____

申請者との続柄 _____

連絡先 _____

高額療養費
 外来年間合算療養費
 高額介護合算療養費
 療養費
 葬祭費

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									
被 保 険 者 欄	被保険者番号								
	住 所								
	氏 名								
	生年月日								

新規・変更 (いずれかに○)

振 込 先	銀行 信用金庫 協同組合 ()	本店 支店 ()	預 金 種 別	普 通 貯 蓄 当 座 其 他
	金融機関コード		支店コード	
口座番号 左詰めで記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)				

※該当するものには○をつけてください。

※口座名義人はカタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は1字として、氏と名の間は1字あけてください。