

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		市・町・村																
	氏 名																		
	生年月日		明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日																

・新規・変更前

振込先	銀 行 信 用 金 庫 協 同 組 合 ()										本 店 支 店 ()										預金種別	普通 当座 その他
口座番号等 左詰めで記載して下さい																						
口座名義人 (カタカナ)																						

・変更後

振込先	銀 行 信 用 金 庫 協 同 組 合 ()										本店 支店 ()										預金種別	普通 当座 その他
口座番号等 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。