

後期高齢者医療 高額療養費振込口座変更届

令和 年 月 日

(あて先) 埼玉県後期高齢者医療広域連合長

住 所 _____

(届出人) 氏 名 _____

電 話 _____

高齢者の医療の確保に関する法律による高額療養費の振込口座の変更を下記のとおり届出ます。

被保険者番号						
氏 名				生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
金 融 機 関			銀 行 信用金庫 農 協	本 店 支 店 出張所 支 所		
	種 別	普 通 当 座 貯 蓄	口 座 番 号			
口 座 名 義 人	(フリガナ)					