

# 後期高齢者医療高額療養費振込口座変更届

※ 太枠の中は必ずご記入ください。

被保険者番号		氏名	
生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	電話番号

振込先	銀行 信用 協 用 金 組 信 用 同 組 協 同 組 合 ( )	本店・支店 ( )	預金種別	普 通 座 ( )
	口座番号 (7桁)			
口座名義人 (カタカナ)				

※ 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。網掛けの中は記載不要です。  
 ※ 口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記載してください。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。

山口県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、高額療養費の振込口座変更を届け出ます。

令和 年 月 日

申請者 (被保険者または相続人) 住 所

氏 名

**※代理人 (被保険者または相続人以外) の口座に振り込みを希望される場合には、必ず委任状に記載してください。**

## 委 任 状

私は、 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、高額療養費の受領に関する権限を委任します。

申請者	住所 _____
	氏名 _____
代理人	住所 _____
	氏名 _____