

後期高齢者医療高額療養費振込口座変更届

被保険者番号		個人番号 (マイナンバー)	※ 不明・亡くなられた方の場合は記入不要です。
氏名			
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	電話番号	※ 日中、連絡のつく電話番号を記入してください。

高額療養費の受取口座として、①受取口座情報もしくは②公金受取口座利用のいずれかを選択して記入してください。

①受取口座情報 受取を希望される口座情報の記入をお願いします。

振込先	銀 信 信 協 用 用 同 組 組 合 合 ()	本店・支店 ()							預 金 種 別 ()	普 通 座 ()	
		行 庫 (行 庫)	行 庫)	行 庫)	行 庫)	行 庫)	行 庫)			
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（ ）内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

※ 口座名義人はカタカナで上段より左詰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。

②公金受取口座利用 公金受取口座を希望される場合はチェック（✓）をしてください。

公金受取口座を利用します。（公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。）

※ 公金受取口座利用には「マイナポータル等による被保険者本人の公金受取口座の事前登録」が必要です。

※ ①受取口座情報に記入があり、かつ②公金受取口座利用にチェックがついていた場合、①受取口座情報の登録を優先します。

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

※ 被保険者または相続人名義以外の口座に振り込みを希望の場合、必ず委任状の記入が必要です。

（委任状）

私は、次の者を代理人と定め、高額療養費の受領に関する権限を委任します。

申請者（被保険者または相続人）

住所 _____

氏名 _____

代理人（口座名義人）

住所 _____

氏名 _____