

振込先口座変更依頼書

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

下記のとおり、後期高齢者医療給付費等の振込先口座を変更します。

記

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合				本店 支店 出張所				預金種別 1. 普通 2. 当座		
	口座番号										
ゆうちょ銀行	記号 (5桁)				番号 (8桁)						
口座名義人 (カタカナ)											

※ 口座名義人はカタカナで通帳に記載されているカナとおりに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、姓と名の間は1字空けてください。

申請者（被保険者）

令和 年 月 日

被保険者住所

被保険者名

印

被保険者番号

電話番号

()

※ ※ 申請者以外の方の口座を指定する場合は、裏面も記入してください。 ※ ※

委 任 状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

私は次の者

住 所 _____

氏 名 _____ 委任者との関係 (_____)

を代理人（受任者）と定め、下記の権限を委任します。

記

- ① 後期高齢者医療高額療養費の申請に関すること。
- ② 後期高齢者医療高額療養費の受領に関すること。
- ③ 後期高齢者医療高額療養費の申請及び受領に関すること。

委任者

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 (_____) _____