

保 險 者	
	武蔵村山市

後期高齢者医療高額療養費支給口座変更届

被保険者番号		氏 名	
生 年 月 日	年 月 日	性 別	

医療機関で他の医療助成制度による医療券又は受給者証を利用していますか。 該当するものに○を付けてください。	利用している	・	利用していない
「利用している」に○を付けた方のみ記入してください。			
制度名・・・		窓口負担・・・	有 ・ 無

該当するものに○を付けてください。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。

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	普 通 当 座 []
		金融機関コード	支店コード		

口座番号 <small>右詰めで記入してください</small>		
口座名義人 (カタカナ)		捺印欄

口座名義人は、カタカナで上段から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字空けてください。

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

上記のとおり、高額療養費の支給口座の変更を届出します。
 全ての高額療養費について、この届をもって、上記口座に振込みすることを承諾します。

年 月 日 (年 -)

届出者 住 所 _____

氏 名 _____ ④

連絡先電話番号 () _____