振 込 口 座 届 出 ・ 変 更

入力	受付

平成　　年　　月　　日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長　殿

申請者
住所
氏名　　㊞

届出者
住所
氏名　　㊞
申請者との続柄
連絡先

高額療養費に関する給付金の振込口座を（変更したいので）届け出ます。

保険者番号			
被保険者欄	被保険者番号		
	住　所	市・町・村	
	氏　名		
	生年月日	明治　・　大正　・　昭和　　年　　月　　日	

・新規・変更前

振込先	銀行 信用金庫 協同組合 （　　）	本店 支店 （　　）	預金種別 普通 当座 その他
口座番号等 左詰めで記載して下さい			
口座名義人 （カタカナ）			

・変更後

振込先	銀行 信用金庫 協同組合 （　　）	本店 支店 （　　）	預金種別 普通 当座 その他
口座番号等 左詰めで記載して下さい			
口座名義人 （カタカナ）			

※該当するものには〇をつけてください。
※口座名義人はカタカナで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、氏と名の間は1字あけてください。