

東京都後期高齢者医療広域連合長
多摩市長

宛

後期高齢者医療高額療養費・療養費口座変更届

後期高齢者医療の高額療養費・療養費の受領に関して、以下のとおり振込先口座の変更をお願いします。

届出者	氏名		被保険者との続柄	
	住所			
	電話番号			
被保険者	氏名		被保険者番号	
	住所			
	電話番号			
振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		本店 支店 出張所	店番号
	預金種別	普通・当座・()	口座番号等 (右詰めで記入して下さい)	
口座名義人 (カタカナ)				

- 1 ゆうちょ銀行の口座を指定する場合は、振込専用の店名・店番号、振込口座番号を記載してください。
- 2 口座名義人はカタカナで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。
- 3 届出者や振込口座名義人が、被保険者本人以外または相続人代表者以外の方の場合は裏面委任状の記入が必要です。

市記入欄

身元1点	番号C	運転免許証	運経証明書	パスポート	住基C	身障	精障	在留C	他()
2点	後期証	介護証	年金手帳/年金証書	通知文(官公署)	他()				
代理権	登記事項証明書	委任状	後期証	介護証	他()				
確認欄		郵送							

委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長
多摩市長 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。
（マイナンバーの提供を含む）
- 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。
（マイナンバーの提供を含む）

年 月 日

委任者

住所 _____

氏名 _____

連絡先電話番号 _____