

振込口座変更届兼誓約書

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

届出者（誓約者）

住所

氏名 ㊟

被保険者との続柄

連絡先

下記被保険者の後期高齢者医療に関する医療給付の受領権利を私が承継いたしましたので、医療給付が行われる口座を変更してください。なお、他の相続人から異議申し立てがあった場合は、私の責任において相続人の間で解決することを誓約します。

保険者番号		3	9				
被 保 険 者 欄	被保険者番号						
	住所						
	氏名						
	生年月日			年		月	日
	死亡日			年		月	日

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（ ）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店		預 金 種 別	普通 当座 その他
		支店・支所			
口座番号等 左詰で記載して下さい					
口座名義人 (カタカナ)					

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、姓と名の間は1字あけてください。

処 理 欄	市町村							広域 連合
	<input type="checkbox"/> 葬祭費申請							