

年 月 日

## 高額医療合算介護(予防)サービス費振込口座変更依頼書

赤磐市長 様

住 所 〒

申請者 名 前

続 柄

電話番号

高額医療合算介護(予防)サービス費支給にかかる、振込先口座を下記のとおりに変更します。

### 記

#### 1 対象者

被保険者番号																			
名 前																			
住 所																			
生年月日																			

#### 2 変更口座 ※本人以外の口座を指定する場合は、別紙委任状を添付してください。

口座振替 依頼欄	銀 行 農 協 信用金庫 信用組合	本 店 支 店 出張所	種 目	口座番号																
	金融機関コード		店舗コード	1. 普通預金																
				2. 当座預金																
				9. その他																
	フリガナ																			
口座名義人																				

市確認欄	代理権	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他
	1点	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他
	2点	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> その他