（相続人提出用）

口座変更依頼書

被保険者証の番号									被保険者氏名	

現金支給の種類	療養費　・　高額療養費　・　その他（　　）

上記の者に係る療養費等の振込先口座につきまして、下記口座への変更をお願いします。なお、受領につきましては、私が相続人を代表してその責任を負うことを誓約します。また、本件の相続代表者について、万一問題が生じた場合は、相続人代表者の責任において解決することとし、大分県後期高齢者医療広域連合には一切迷惑はかけません。

令和　　年　　月　　日

大分県後期高齢者医療広域連合長　様

〒
相続人代表　住　所

氏　名

電話番号

死亡者との続柄

受領に使用する口座

振込先	銀行 協同組合 信用金庫 信用組合 （　　）	本店 支店 （　　）	預金種別	普通 当座

口座番号等 右詰で記載してください								

フリガナ 口座名義人	

・口座名義人のフリガナはカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は１字として、姓と名の間は一字あけてください。

・通帳の口座番号、名義人等は正確に記入し、再度確認してください。

委任状	なお、本件の受領に関する行為を下記の者に委任します。 委任者（相続人代表） 住所　　氏名 受任者 住所　　氏名 相続人代表との関係 （　　）

※委任状は相続人代表と口座名義人が異なる場合は委任状の記入をお願いします。

（相続人提出用）

【記入例】　口座変更依頼書

被保険者証の番号	1	0	0	0	0	0	0	0	被保険者氏名	広域　太郎

現金支給の種類	療養費　・　高額療養費　・　その他（　　）

上記の者に係る療養費等の振込先口座につきまして、下記口座への変更をお願いします。なお、受領につきましては、私が相続人を代表してその責任を負うことを誓約します。また、本件の相続代表者について、万一問題が生じた場合は、相続人代表者の責任において解決することとし、大分県後期高齢者医療広域連合には一切迷惑はかけません。

令和　＊＊　年　＊＊　月　＊＊ 日

大分県後期高齢者医療広域連合長　様

相続人代表　〒　870－0037
住　所　大分市東春日町17番20号
氏　名　広 域　四 郎
電話番号　097-534-1771
死亡者との続柄　子

受領に使用する口座

振込先	ゆうちょ	銀行 / 協同組合 / 信用金庫 / 信用組合 （　　）	七二八	本店 / 支店 （　　）	預金種別	普通 / 当座

口座番号等 右詰で記載してください	0	1	2	3	0	0	0	

フリガナ 口座名義人	コウイキ　シロウ 広 域　四 郎

・口座名義人のフリガナはカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は１字として、姓と名の間は一字あけてください。

・通帳の口座番号、名義人等は正確に記入し、再度確認してください。

委任状	なお、本件の受領に関する行為を下記の者に委任します。 委任者（相続人代表） 住所＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿ 受任者 住所＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿ 相続人代表との関係 （　　）

※委任状は相続人代表と口座名義人が異なる場合は委任状の記入をお願いします。