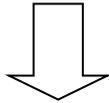


後期高齢者医療制度 □座振替変更依頼申請書

被保険者	被保険者番号	
	氏名	フリガナ
	住所	
	生年月日	明治・大正・昭和

変更前□座情報 (旧)	銀行・農協		本店	1 普通
	信用金庫		支店	2 当座
	信用組合		出張所	3 その他
	金融機関コード	店舗コード	□座番号	
□座名義人 (氏名)	フリガナ			



変更後□座情報 (新)	銀行・農協		本店	1 普通
	信用金庫		支店	2 当座
	信用組合		出張所	3 その他
	金融機関コード	店舗コード	□座番号	
□座名義人 (氏名)	フリガナ			

清瀬市長 殿

上記のとおり後期高齢者医療制度に関する公金振込情報の変更を申請します。

令和 年 月 日

申請者 住所.....

氏名..... 印.....

電話番号.....