措共様式第２号

振込金融機関変更届（保護施設及び養護老人ホーム分）

年　　月　　日　提出

東京都国民健康保険団体連合会
理事長　　様

届出者

法　　人
所 在 地

法 人 名

開 設 者
氏　　名　　印

次の施設につき措置費の振込金融機関を変更致しますので、下記のとおり届出致します。
なお、本届書に記入した事項については、貴会の措置費支払代行システムに登録することを承諾致します。

施設番号					

施　設　名

所　在　地

記

旧　振込口座			
（金融機関名） 振　込　先		店　舗　名	

新　振込口座			
（金融機関名） 振　込　先		店　舗　名	
預金種別	□ 普　通　　□ 当　座　　□ その他	フリガナ	
口座番号		（口座名義人） 受　領　者	
適用年月	年　　月　　日　振込分から		

※　口座名義人（カナ）及び口座番号等を確認できる預金通帳等の写しを添付願います。

※　国保連使用欄

照　合	確　認	入　力　日