

振込金融機関変更届（措置費支払代行取扱施設分）

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（事業）種別 <small>※複数選択可</small>	施設番号				
<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	2	1			
<input type="checkbox"/> 更生施設（入所）	5	1			
<input type="checkbox"/> 救護施設（入所）	5	2			
<input type="checkbox"/> 保護施設通所事業（通所訓練）	5	3			
<input type="checkbox"/> 保護施設通所事業（訪問指導）	5	3			
<input type="checkbox"/> 保護施設一時入所事業	5	4			
<input type="checkbox"/> 日常生活支援住居施設	5	5			

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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 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	入力	確認
	月 日	月 日	月 日