

債権者登録（変更）届出書

平成 年 月 日

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、鳥取県後期高齢者医療広域連合からの支払金について債権者登録（変更）の届出をし、下記の口座へ振替
払いますよう届出します。

記

債権者	郵便番号		電話番号		FAX 番号	
	住 所					印（代表者）
	氏 名	法 人 名 肩書き及び代表者名 (個人名)				

振替指定口座

金 融 機 関 名		支 店 名		金融機関確認印
銀行名等	銀行コード	名 称	支店コード	
預金種別	1 2 9	普 通 当 座 そ の 他	口座番号	
口座名義（漢字 30 字以内）				
口座名義（カナ 30 字以内）				

*金融機関の方へ（お願い）

預金種別、口座番号、名義人（カナ）を確認し、銀行コード、支店コードを記入の上、確認印を押印してください。誤りのある場合は、二本線で抹消し、余白に正しいものを記入してください。

*以下は記入しないでください。

区 分	債権者 コード	更 正 コード	1 削除 2 追加 3 修正	登録（変更） 処理状況	処理日	処理印
債権者カナ (30 字以内)						
債権者漢字 (35 字以内)						