

市町村受付印

登録情報変更届

令和 年 月 日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

※太枠の中をご記入ください。

被 保 険 者 番 号						
被保険者	住 所					
	氏 名					
届出人	氏 名					続柄
	連 絡 先	()	-			

下記の項目について、変更しますので届け出ます。

記

 口座変更(高額療養費等の振込口座)

※支給項目にチェックしてください。

該当するものに○をつけて下さい。該当するものがない場合は()内に記載して下さい。網掛けの中は記載不要です。

支給項目	<input type="checkbox"/> 高額療養費 <input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> その他 ()				
振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本支 店所 ()	預金種別	普通貯蓄	
口座番号等 左詰記載して下さい					
口座名義人	カタカナで記入して下さい。				

 送付先変更(各種通知等の送付先)

※送付項目にチェックしてください。

送付項目	<input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賦課 <input type="checkbox"/> 収納 <input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 減額査定通知 <input type="checkbox"/> 医療費通知 <input type="checkbox"/> 後発医薬品				
送付先住所	〒 [] - [] 連絡先 (☎ [] - [])				
送付先氏名					

備考欄

本人確認:

委・保・他 / 本・同一・別世