

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	印
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 支店所 ( )	預金種別 普通 当座 貯蓄
口座番号等 左詰記載して下さい		ゆうちょ銀行(郵便局)の場合、こちらに記号・番号をお書きください。	記号 番号
口座名義人	カタカナで記入してください。		
委任欄	<p>※被保険者と口座名義人が異なる場合に記入してください。</p> <p>私に支払われます上記支給項目で選択している給付金について、下記の者を代理人と定め、受領することを委任します。</p> <p>(委任される者) 〒 [ ] - [ ]</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____ 印 (続柄: )</p>		

 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	〒 [ ] - [ ]		
送付先氏名	連絡先 ( ☎ - - )		

備考欄

備考欄
-----