

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<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>( ) | 本支店<br>支店所<br>( )  | 預金種別 | 普通<br>当座<br>貯蓄 |
| 口座番号等<br>左詰記載して下さい |                                   |  |      |                |
| 口座名義人              | カタカナで記入してください。                    |  |      |                |
|                    |                                   |  |      |                |

 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

|  |
|--|
|  |
|--|