

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 () 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													
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"/> 後発医薬品									
送 付 先 住 所	〒 [] - [] 連絡先 (☎ - -)									
送 付 先 氏 名										

備考欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--