

登 錄 情 報 麥 更 届

市町村受付印

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。

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 ()	普通 預金種別 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	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>
送付先氏名	連絡先 (<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>)

備考欄