

記入例

登録情報変更届

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。

被 保 険 者 番 号		0	1	2	3	4	5	6	7	
被保険者	住 所	熊本県天草郡苓北町志岐660番地								
	氏 名	苓 北 花 子								
届出人	氏 名	苓 北 一 郎 続柄 子								
	連 絡 先	0 9 6 9 - 3 5 - 1 1 1 1								

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	苓北町農業	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本所 本支店 本店所 ()	預金種別 普通 当座 貯蓄					
口座番号等 左詰記載して下さい	1	2	3	4	5	6	7		
口座名義人	カタカナで記入してください。 レ イ ホ ク イ チ ロ ウ								

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	〒 8 6 3 - 2 5 0 3 熊本県天草郡苓北町志岐660番地 連絡先 (☎ 0969 - 35 - 1111)								
送付先氏名	苓 北 一 郎								

備考欄