

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		☐ 高額療養費 ☐ 療養費 ☐ その他 ()			
振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本支所 ()	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	☐ 資格 ☐ 賦課 ☐ 収納 ☐ 給付 ☐ 減額査定通知 ☐ 医療費通知 ☐ 後発医薬品				
送 付 先 住 所	〒 — 連絡先 (☎ — —)				
送 付 先 氏 名					

備考欄