

市町村受付印

記入例

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	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 太 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	<input checked="" type="checkbox"/> 苓北町農業 銀行 信用金庫 信用組合 <input checked="" type="checkbox"/> 協同組合 ()				<input checked="" type="checkbox"/> 本支所 <input type="checkbox"/> 支所 ()		預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 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 タ ロ ウ							
委任欄	※被保険者と口座名義人が異なる場合に記入してください。 私に支払われます上記支給項目で選択している給付金について、下記の者を代理人と定め、受領することを委任します。 (委任される者) 〒 [] - [] 住所 _____ 氏名 _____ 印 (続柄:) _____							

 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] [1]				熊本県天草郡苓北町志岐660番地			
送付先氏名	苓 北 太 郎							

備考欄

--