

市町村受付印

登録情報変更届

平成 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 | 印 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 | 本店支店 支店支店 () | 預金種別 普通貯蓄 |
| 口座番号等 左詰記載して下さい | | ゆうちょ銀行(郵便局)の場合、こちらに記号・番号をお書きください。 記号 番号 | |
| 口座名義人 | カタカナで記入してください。 | | |
| 委任欄 | <p>※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。</p> <p>私に支払われます高額療養費について、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)</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____ 印 (続柄: _____)</p> | | |

 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 checked="" type="checkbox"/> 資格関係通知等 <input checked="" type="checkbox"/> 賦課・収納関係通知等 <input checked="" type="checkbox"/> 給付関係通知等 | |
| 送付先住所 | 〒 [] - [] | |
| 送付先氏名 | フリガナ 様方 | 連絡先 (☎ - -) |

備考欄

| | | |
|--|-------|-------|
| | 広域端末 | MCWEL |
| | 入力 確認 | 入力 確認 |
| | | |