

## 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								印
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	<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	本支店支所	預金種別 普通貯蓄
口座番号等 左記記載して下さい		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。</p> <p>(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 type="checkbox"/> 賦課・収納関係通知等 <input 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

保健総合	広域端末	MCWEL	被保険者確認			届出人確認		
入力	確認	入力	確認	入力	確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 介護保険証
						<input type="checkbox"/> さくらカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
						<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証
								<input type="checkbox"/> ( )