

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		<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 支所 ()	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。</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			
入力	確認	入力	確認	入力	確認