

市町村受付印

# 登 錄 情 報 變 更 屆

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。

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。該当するものが無い場合は( )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 ( )	預金種別	普通貯蓄
口座番号等 左詰記載して下さい	記号	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。 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 _____</p> <p>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	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		
送付先氏名	フリガナ <input type="text"/>	様方	連絡先 (☎ <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> )

備考欄