

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 ()	本支 支	店 店	所 所	預金種別	普通 当座 貯蓄	
口座番号等 左詰記載して下さい							
口座名義人	カタカナで記入して下さい。						

- 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	〒 [] - []					
送付先氏名	連絡先 (☎ - -)					

備考欄

--

記入例

登録情報変更届

市町村受付印

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	宇土市〇〇町〇〇番地							
	氏名	宇土 花子							
届出人	氏名	宇土 太郎						続柄 子	
	連絡先	(0964) 22 - △△△△							

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 支	店 店所	預金種別	普通 当座 貯蓄		
口座番号等 左詰記載して下さい	カタカナで記入してください。						
口座名義人							

- 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 <input checked="" type="checkbox"/> 賦課 <input checked="" type="checkbox"/> 収納 <input checked="" type="checkbox"/> 給付 <input checked="" type="checkbox"/> 減額査定通知 <input checked="" type="checkbox"/> 医療費通知 <input checked="" type="checkbox"/> 後発医薬品						
送付先住所	〒 8 6 9 -		△ △ △ △		宇土市△△町△△番地		
送付先氏名	宇土 太郎						

連絡先 (☎ 0964 - 22 - △△△△)

備考欄

--