

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	熊本県下益城郡美里町									
	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		☐ 高額療養費 ☐ 療養費 ☐ その他 ()											
振込先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()					本 店 支 店 ()					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ください。											

☐ 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	☐ 資格 ☐ 賦課 ☐ 収納 ☐ 給付 ☐ 減額査定通知 ☐ 医療費通知 ☐ 後発医薬品										
送 付 先 住 所	〒 [] - []										
	連絡先 (☎ -)										
送 付 先 氏 名											

備考欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--