

記入例

市町村受付印

登録情報変更届

平成〇〇年〇〇月〇〇日

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 | 水俣市陣内1丁目1番1号 | | | | | | | |
| | 氏 名 | 水俣 一郎 | | | | | | | |
| 届出人 | 氏 名 | 水俣 花子 続柄 妻 | | | | | | | |
| | 連 絡 先 | (0966) 61 - 1633 | | | | | | | |

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 checked="" type="checkbox"/> 高額療養費 <input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 振込先 | <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 協同組合 () | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 |
| 口座番号等 左詰記載して下さい | 1 2 3 4 5 6 7 | 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。 ミナマタ イチロウ | |
| 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>私に支払われます上記支給項目で選択している給付金について、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 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