

平成 年 月 日

山形県後期高齢者医療広域連合長 殿

住所(所在地) 〒 \_\_\_\_\_

施術機関・団体等 (ふりがな)  
名 称 \_\_\_\_\_

代表者名 (ふりがな) \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## 登録事項変更届出書

代理受領施術機関の登録に変更がありましたので届出します。

1 変更内容 ※当てはまる番号・項目に○をつけること

- (1) 事業所の変更 ( 追加 ・ 変更 ・ 削除 )
- (2) 代表(事務管理者)・役員の変更 ( 追加 ・ 変更 ・ 離職 )
- (3) 従業員等の変更 ( 追加 ・ 変更 ・ 離職 )
- (4) 振込口座の変更
- (5) その他 ( )

変 更 前	変 更 後

2 変更理由 ※当該変更内容に係る理由について具体的に記載すること

--