施術所→国保連

柔道整復施術療養費請求及び受領に関する届出

年　月　日提出

静岡県国民健康保険団体連合会理事長　様

開設者 住 所 〒

氏 名　　㊞

柔道整復施術療養費の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

登録記号番号	協・契 22																			

フリガナ		TEL	
施術所名称		FAX	
フリガナ		振込先	銀　行 信用金庫 農　協
施術所 所在地	〒	支店名	本 支　店
		口座番号	1：普通 2：当座 9：その他
フリガナ		フリガナ	
請求者 （柔道整復師）		受領者 （口座名義）	

届出理由 （該当番号に○をつけてください）		変 更 年 月	委任状
1	新　設	年　月 請求（提出）分より	あり ・ なし
2	口座名義（受領者）の変更		
3	振込銀行及び口座番号の変更		旧登録記号番号
4	その他（　　）		

記入上の注意

登録記号番号は、「協」または「契」を丸で囲み数字を記入してください。
開設者・請求者・受領者が異なるときは、委任状が必要です。
振込先口座は、柔道整復施術療養費支給申請書の支払機関欄と同一口座としてください。

連合会使用欄	受付日		申請書		システム	