

・届出事項に変更が生じたときには、すみやかに御提出願います。  
 ・提出前に記入漏れ・記入誤りが無いことを御確認ください。  
 【送付先・お問合せ先】  
 〒420-8558 静岡市葵区春日2丁目4番34号  
 静岡県国民健康保険団体連合会 審査調整課 第2係 宛  
 TEL:054-253-5541

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

提出(送付)日を記入してください。  
 (和暦・西暦、どちらでも構いません)

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 〒

協または契を○で囲み、東海北陸厚生局から  
 指定されたコード番号を記入してください。

氏 名

印

柔道整復施術所の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印していただきます。

登録記号番号	協・契 2 2	東海北陸厚生局に届け出た開設者の住所、氏名を記入し、押印してください。	
フリガナ	東海北陸厚生局に届け出た 施術所名称を記入してください。	TEL	施術所の電話番号・FAX番号を記入してください。
施術所名称		FAX	
フリガナ	東海北陸厚生局に届け出た 施術所所在地を記入してください。	振込先	銀行
施術所所在地		支店名	預金種目(普通・当座・その他)いずれかに、○を付してください。番号は左から「0」埋めで、7ケタで記入してください。
		口座番号	支 店
		1 : 普通	
		2 : 当座	
		9 : その他	
フリガナ	柔道整復師(受領委任の施術管理者)の氏名を記載してください。	フリガナ	通帳に記載されている口座名義人を正確に記入してください。フリガナ欄には、通帳の預金名義の「カナ」表記を正確に記入してください。
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 日 請求(提出)	あり・なし
2	口座名義(受領者)の変更		旧登録記号番号
3	振込銀行及び口座番号の変更		
4	その他( )		

届出理由が「1 新規」の場合は、初回に請求される年月を記入してください。  
 「2 口座名義」「3 口座番号」の変更の場合は、請求月の翌月の支払から対象となります。

開設者と請求者または受領者が異なるときは、委任状が必要になります。  
 「あり」または「なし」に○を付してください。  
 「あり」の場合は、別紙の委任状を記入してください。

連合会使用欄	受付日	申請書	システム
--------	-----	-----	------