

診療(調剤)報酬請求に関する届出

令和 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 ㊞

診療(調剤)報酬等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。

医療機関 コード	2 2		診療科	※記入不要	点数表	1:医科 4:調剤	3:歯科 6:訪看
フリガナ			TEL	()	—		
機関名			FAX	()	—		
フリガナ			振込先		←銀行コード	銀 行 信用金庫 農 協	
所在地	〒		支店名		←店舗コード	本 店 支 店	
フリガナ			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			(口座名義人) 受領者				
	届出理由 (該当番号に○をつけてください)			変 更 年 月	旧医療機関コード		
1	新 規			令和 年 月 請求(提出)分より	摘要		
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更						
3	振込銀行及び口座番号の変更						
4	その他 ()						

※開設者・請求者・受領者が異なるときは、委任状(別紙)が必要です。委任状の記入 **あり・なし**
(どちらかに○をつけてください。)

※正確な支払処理を行うため、通帳のコピー(預金名義が「カナ」で表記されているページ)の添付をお願いいたします。

連合会使用欄	1新規		受付日	令和 年 月 日
	2変更		備考	早・通