

【 記 入 例 】

- ・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 情報管理課 請求支払係 宛
TEL:054-253-5586

機関→国保連

診療(調剤)報酬請求に関する届出

令和 3 年 4 月 1 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 静岡市葵区春日二丁目4-34
医療法人社団健康会
氏 名 理事長 国保 春男

提出(発送)日を記入してください。

※ 医療機関コードについて
・医科→221+医療機関コード
・歯科→223+医療機関コード
・薬局→224+薬局コード
・訪問→226+ステーションコード

東海北陸厚生局から指定されたコードを記載してください。新規機関で不明の場合は記載不要です。コードの前に「22×」を付けて記入してください。(右記※参照)

東海北陸厚生局に届け出た開設者の住所、氏名(法人等は法人名、職氏名)を記入し、押印してください。

診療(調剤)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 1 1 2 3 4 5 6 7 | 診療科 | ※記入不要 | 点数表 | 1: 医科 3: 歯科 2: 調剤 6: 訪看 |
| フリガナ | シズオカ カスガ シ | フリガナ | シズオカシアオイカスガ2-4-34 コクホカイカン 3F | 振込先 | 9 9 9 9 ←銀行コード 銀行 信用金庫 農 協 |
| 機関名 | 静岡春日診療所 | フリガナ | シズオカシアオイカスガ2-4-34 コクホカイカン 3F | 支店名 | 1 1 1 ←店舗コード 本 店 春日 支 店 |
| 所在地 | 静岡市葵区春日二丁目4-34 国保会館3F | フリガナ | イ)ケンコウカイリジジョウ コクホ ハルオ | 口座番号 | 1 普通 2: 当座 1 2 3 4 5 6 7 9: その他 |
| 請求者 | 医療法人社団 健康会 理事長 国保 春男 | フリガナ | イ)ケンコウカイ | 請求者 | イ)ケンコウカイ |
| 届出理由 (該当番号に○をつけてください) | 1 新規 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 () | 受領者 | イ)ケンコウカイ | 受領者 | 医療法人社団 健康会 理事長 国保 春男 |

東海北陸厚生局に届け出た医療機関(薬局)の名称を正確にご記入ください。法人等の場合、届け出た名称に法人名が含まれている場合は法人名から記入してください。

東海北陸厚生局に届け出た医療機関(薬局)の郵便番号と所在地をご記入ください。

金融機関コード及び金融機関名(銀行・信用金庫・農協)を記入してください。

店番及び店名(本・支店)を記入してください。

口座種別(普通・当座・その他)いずれかに、○を付けてください。

左から「0」埋めで、7ケタで記入してください。

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。

1 通常、開設者と同じになります。
2 法人等の場合、法人名と請求者の職氏名をご記入ください。
3 こちらの氏名を毎月診療(調剤)報酬請求書に記載してください。

※開設者・請求者・受領者が異なるときは、委任状(別紙)が必要で委任状の記入(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、通帳のコピーを提出いたします。

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いから対象になります。(「令和3年4月」請求(提出)分と記入した場合、令和3年5月支払い分となります。)

開設者と請求者・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○を付けてください。「あり」の場合は、別紙の委任状を記入してください。※ただし、国の会計法または県市町条例により、歳入徴収官または収入役を定めているものは除く。

あり・なし