

診療報酬等の請求及び受領に関する届出

保険者等から支払を受ける診療(調剤)報酬につき、貴会から保険者等に請求し、貴会から受領することに同意し、これに関し、下記のとおり届出いたします。

岡山県国民健康保険団体連合会理事長 殿

開設者の住所及び氏名
(法人の場合の住所は、主たる事務所の所在地
氏名は法人名と医療機関名称、代表者の職氏名)

住所
氏名

㊞

必須項目										
医療機関 コード							点数表区分	1. 医科 6. 訪看	3. 歯科 9. 柔整	4. 調剤
届出理由(該当の番号及び項目に全て○をつけてください)										
1	新設(新たに保険医療機関コードの指定を受けたもの)							年	月	日 開設
2	振込情報変更 ()月振込分から振込情報変更									
	名称・所在地・開設者・その他変更 ()月発送分支払額通知書から宛名情報変更希望(※名称・所在地・開設者変更の場合)							年	月	日 変更

変更項目(新設の場合は全て記入してください)															
フリガナ															
名称															
フリガナ	郵便番号														
所在地															
フリガナ									電話 番号	()	-				
開設者 (法人の場合 は代表者)									FAX 番号	()	-				
振込 情報	受領者名フリガナ(口座名義人カナ) ※濁点・半濁点・記号・スペースでひとマス使用														
	受領者名漢字(口座名義人漢字)														
	銀行名	銀行 金庫 組合 その他				銀行 番号					支店名	本店 支店		支店 番号	
預金 種別	普通 ・ 当座	口座番号 (7ケタ)						連合会記入欄							

※登録内容確認のため、口座名義人カナ及び口座番号が記載されているページの通帳のコピーを添付してください。

※本届出の内容のうち、個人情報に該当する事項については、国民健康保険団体連合会の業務に用いるものであり、個人情報の保護に関する法律第16条第3項に定める場合のほか、本人の同意なくして他の利用目的に使用することはありません。

※届出理由に関わらず、指定年月日の前月25日必着(持参可)