

請求書に使用する印鑑及び振込先指定届出書

令和 年 月 日

高知県国民健康保険団体連合会理事長 様

開設者 住所
氏名

印

国民健康保険診療報酬等の請求及び受領について、下記のとおり届出いたします。

記

令和 年 月 診療分より

1	新規(保険医療機関等コード変更を含む)
2	振込先指定口座変更
3	請求書に使用する印鑑変更

振込先	銀行名	支店名	金融機関コード		預金種目		口座番号			
			銀行コード	支店コード	1	2				
フリガナ										
口座名義人										
保険医療機関等コード					経営主体 (柔整は記載不要)	病院 訪問看護	02.官公立 03.その他公的 07.医療法人 08.社会福祉法人 09.その他法人 10.個人			
						診療所 薬局	12.官公立 13.その他公的 17.医療法人 18.社会福祉法人 19.その他法人 20.個人			
フリガナ						電話番号				
医療機関等の名称										
フリガナ							郵便番号			
医療機関等の所在地										
フリガナ					フリガナ					
開設者氏名					管理者氏名					
請求書に使用する印鑑					○請求書に使用する印鑑または振込先指定口座を変更する場合は、改めて、この届を提出してください。 ○開設者と口座名義人が異なる場合は、この届を提出する前に本会にご連絡ください。(電話番号 088-820-8407) ○開設者が個人以外の場合は、該当者の職氏名を記入してください。					

国保連合会記入欄	
① 年 月 日 変更	③ 年 月 日 変更
② 年 月 日 変更	④ 年 月 日 変更