

連絡先変更に係る届出書

令和 年 月 日

高知県国民健康保険団体連合会理事長 様

(保険医療機関・保険薬局・訪問看護ステーション・施術所名)

印

連絡先の変更について

標記について、当機関の診療報酬等に係る連絡先等を下記のとおり届け出ます。

記

変更年月日	令和 年 月 日
機関コード	
現在登録されている連絡先	〒 電話番号



連絡先

機関名称	※個人の場合は記入の必要はありません	
所在地 (文書送付先)	〒	
電話番号 ※複数可	ご自宅	
	携帯電話	
	その他	
担当者氏名		