

診療報酬等の請求及び受領に関する届

宮城県国民健康保険団体連合会理事長 殿

機 関 名

開設者氏名

印

国保診療(調剤)報酬等の請求受領に関し、下記のとおり届出します。

① 届出区分	<input type="checkbox"/> 新規 (指定日: 令和 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 変更 (変更月の前月20日必着)	
(該当の届出区分に✓ をしてください)				
② 機関コード	0	4		③ 法人又は事業者名
フリガナ				⑨ 届出理由 (該当箇所✓ をし、変更年月をご記入ください) <input type="checkbox"/> 開設者又は管理者の変更 (令和 年 月 日分から) <input type="checkbox"/> 振込先銀行(口座名義等)の変更 (令和 年 月 支払(入金)分から) <input type="checkbox"/> 住所変更 (令和 年 月 日分から) <input type="checkbox"/> その他() (令和 年 月 日分から)
④ 機関名称				
フリガナ				
⑤ 開設者氏名				
フリガナ				
⑥ 管理者氏名				
フリガナ				
⑦ 電話番号				
フリガナ				
⑧ 機関所在地	〒 -			

⑩ 振込先銀行

フリガナ		フリガナ		種別	口座番号
銀行名	銀行	支店名	支店	普・当	
フリガナ					
口座名義人					

⑪ 委任状

委 任 状 都合により上記の管理者及び口座名義人に対し、下記の権限を委任します。 記 1 診療(調剤)報酬等の請求に関すること。 2 診療(調剤)報酬等の受領に関すること。 開設者(委任者)氏名 _____ 印

⑫ 請求書に使用する印鑑