

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

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"/> 開設者及び管理者の変更 (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			
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

<p>委 任 状</p> <p>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。</p> <p>記</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">開設者(委任者)氏名 _____ (印)</p>
