

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

⑩

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 (開設日:平成 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 (該当箇所に✓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 (平成 年 月 日分から) <input type="checkbox"/> 振込先銀行(口座名義等)の変更 (平成 年 月 支払(入金)分から) <input type="checkbox"/> 住所変更 (平成 年 月 日分から) <input type="checkbox"/> その他() (平成 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 ⑩

⑫ 請求書に使用する印鑑