

記入例

振込金融機関等指定（変更）届

印鑑証明書の
実印（法人印）を押印してください

熊本県国民健康保険団体連合会理事長 殿

① 医療機関名 **国保病院**

② 開設者氏名 **医療法人 国保会 理事長 国保 太郎**

③ 

診療（調剤）報酬等の請求及び受領に関し、下記のとおり届けます。

記

④ 届出内容区分	1. 新規指定	2. 指定金融機関変更（ 月支払分から）	3. 印鑑改印	4. その他（ ）
----------	---------	----------------------	---------	-----------

⑤ ※区分	医療機関コード	4	3	1	9	9	9	9	9	9	9	9	※科			
⑥ 点数表区分	1. 医科	3. 歯科	4. 調剤	6. 訪問看護	点数表区分の数字を医療機関コードの43の次に記入して下さい				※所在地 保険者番号							
⑦ 開設日	令和 年 月 日	⑧ 指定日				令和 年 月 日										
⑨ 医療機関名 (上段はカナ、下段は漢字)	コクホビョウイン 国保病院															
⑩ ※医療機関略称	医療機関コードの3桁目は、点数表区分になります (医科=1、歯科=3、調剤=4、訪看=6)															
⑪ 郵便番号	-															
⑫ 所在地 (上段はカナ、下段は漢字)																
⑬ 電話番号																
⑭ 開設者名 (上段はカナ、下段は漢字)																
⑮ 代表者氏名 (上段はカナ、下段は漢字) 開設者と同じ場合は不要																
⑮ 指定金融機関	金融機関名 (上段はカナ、下段は漢字)	コクホ 国保						銀行コード (不明の場合は不要)				9	9	9	9	
	支店名 (上段はカナ、下段は漢字)	ホンテン 本店						支店コード (不明の場合は不要)				9	9	9		
	預金種目	1. 普通	2. 当座	3. 別段	口座番号 (右詰で記入)	9	9	9	9	9	9	9	9			
	口座名義人 (上段はカナ、下段は漢字)	イ) コクホカイ 医療法人国保会 理事長 国保太郎														
※登録年月日				5: 令和 年 月 日				※廃止年月日				5: 令和 年 月 日				受 付

注) ※欄は記入しないでください。

振込金融機関等指定（変更）届の記入については、下記の要領をお願いします。

- ① 医療機関名は九州厚生局（以下「厚生局」という。）から通知された指定通知書のとおりに入力してください。
- ② 厚生局から通知された指定通知書の開設者の氏名を入力してください。法人の場合は法人名、代表者氏名を入力してください。
- ③ **印鑑は実印（法人の場合は法人印）を押印してください。（印鑑証明書と同じ印鑑を押印してください。）**
※新規指定の場合は開設者の印鑑証明書も同封してください。
- ④ 届出内容区分は、新たな医療機関コードで提出の場合は（1. 新規指定）、届出内容変更の場合は（2～4）の該当する区分を○で囲んでください。（個人から法人に変わった場合は“1. 新規指定”）
- ⑤ 医療機関コードは43の次に⑥の点数表区分の数字を入力し、その後に厚生局から通知された7桁の番号を入力してください。（医科の場合 4310000000）
- ⑥ 点数表区分は、該当項目を○で囲んでください。

※⑦以降は、新規指定の場合はすべての項目を、届出内容変更の場合は変更箇所のみ入力してください。

- ⑦ 開設日は医療機関の開設日を入力してください。
- ⑧ 保険医療機関指定日は、厚生局から通知された指定通知書の指定日を入力してください。
- ⑨ ～⑭は厚生局から通知された指定通知書のとおりに入力してください。
⑭は開設者と同じ場合は不要です。
- ⑮ 指定金融機関欄は振込みを希望する金融機関名、銀行コード、支店名、支店コード、を入力してください。
預金種目は、該当項目を○で囲んでください。
口座番号は右詰めで入力してください。
なお、事故防止を図るため、該当口座番号を確認できる預金通帳等の写しの添付（表紙・表紙裏の2枚）をお願いします。

※口座（指定金融機関）変更については、本会の事務処理の都合により、10日までに本会到達分は翌月の支払分から変更、それ以降は翌々月の支払分から変更となります。

※記載内容を訂正する場合は、二本線で抹消の上、訂正印を押印してください。

※開設者と請求者、又は口座名義人が異なる場合には「委任状」が必要となりますので下記まで連絡してください。公立病院等で国の会計又は区市町村条例により、歳入徴収官又は会計管理者を定めているものは、委任状の提出は必要ありません。

書類に関する問合せ及び送付先
〒862-8639（国保連合会専用郵便番号）
熊本市東区健軍2丁目4番10号
（熊本県市町村自治会館内）
熊本県国民健康保険団体連合会 支払調整課
TEL：096-365-0994