届出年月日　令和　　　　年　　月　　日

**振込金融機関等指定（変更）届**

熊本県国民健康保険団体連合会理事長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  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（　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※区分 |  | 医療機関コード | ４ | ３ |  |  |  |  |  |  |  |  | ※科 |  |  |
| 点数表区分 | １．医科　３．歯科　４．調剤　６．訪看 | 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 |  |
| 開設日 | 令和　　年　　　月　　　日 | 保険医療機関指定日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 医療機関名（上段はカナ、下段は漢字） |  |
|  |
| ※医療機関略称 |  |
| 郵便番号 |  | ― |  |  |
| 所在地（上段はカナ、下段は漢字） |  |
|  |
| 電 話 番 号 |  | . |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 開設者名（上段はカナ、下段は漢字） |  |
|  |
| 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 |  |
|  |
| 指定金融機関 | 金融機関名（上段はカナ、下段は漢字） |  | 銀行コード（不明の場合は不要）） |  |  |  |  |
|  |
| 支　店　名（上段はカナ、下段は漢字） |  | 支店コード（不明の場合は不要）） |  |  |  |
|  |
| 預金種目 | １．普通　２．当座　３．別段 | 口座番号（右詰で記入） |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（上段はカナ、下段は漢字） |  |
|  |
| ※登　録　年　月　日 | ※廃　止　年　月　日 | 受付 |  |
| 5：令和　　　年　　月　　日 | 5：令和　　　年　　月　　日 |

注）※欄は記入しないでください。