

徳島県国民健康保険団体連合会  
理 事 長 殿

保険医療機関等の名称  
開設者所在地及び代表者名印

印

診療報酬等の請求及び受領等に関する届出書の提出について

国民健康保険診療報酬等の請求及び受領について、下記のとおりでありますので届け出ます。

記

保険医療機関(保険調剤薬局)等の診療報酬請求及び受領関係届出書

医療機関 コード		TEL (市外局番 含む)	( )-	請求書に使用する 印鑑
フリガナ				
機関名				
フリガナ		フリガナ		
開設者		代表者名		
フリガナ	〒			
所在地	□□□ □□□□			
診 療 科 目 (該当に○印)	主たる診療科 ( ) ※主たる一診療科のみ記入			
	01.内科 02.精神科 03.神経科 04.神経内科 05.呼吸器科 06.消化器科 07.胃腸科 08.循環器科 09.小児科 10.外科 11.整形外科 12.形成外科 13.美容外科 14.脳神経外科 15.呼吸器外科 16.心臓血管外科 17.小児外科 18.皮膚泌尿器科 19.皮膚科 20.泌尿器科 21.性病科 22.肛門科 23.産婦人科 24.産科 25.婦人科 26.眼科 27.耳鼻咽喉科 28.気管食道科 30.放射線科 31.麻酔科 33.心療内科 34.アレルギー科 35.リウマチ科 36.リハビリテーション科 60.歯科 61.矯正歯科 62.小児歯科 63.歯科口腔外科			
経 営 主 体 (該当に○印)	01. 国立病院 02. 官公立病院 03. その他の公的病院 04. 国立大学病院 05. 公立大学病院 06. 私立大学病院 07. 医療法人病院 08. 社会福祉法人病院 09. その他の法人病院 10. 個人病院 11. 国立療養所 12. 官公立診療所 13. その他の公的診療所 17. 医療法人診療所 18. 社会福祉法人診療所 19. その他の法人診療所 20. 個人診療所			
受 領 銀 行	銀行	支店	口座番号	
			□□□□□□□□	□□□□□□□□
フリガナ				預金種別
受領者名 (口座名義人)				1. 普通 2. 当座
届出区分 (該当に○印)	1. 新規: 年 月 日開設 2. 変更: 1 機関名 2 開設者・代表者名 3 所在地 4 受領銀行・口座又は受領者名 ( 月診療支払分から) 5 印鑑 変更年月日 年 月 日			

※新規の場合及び口座及び受領者名(口座名義人)が変更になる場合は通帳のコピーを一部添付ください。

※受領者名欄は銀行口座の名義と同一の記入をお願いします。

※記載された情報については診療報酬等審査支払いのため使用し、目的外の使用は致しません。