

※太線内を御記入ください。

銀行預金口座及び請求印鑑(変更)届

↓ 該当する番号を○で囲んでください。

処理区分	
------	--

点数表	医	歯	調	施	訪
	1	3	4	5	6

医療機関コード					
1	1				

課・係コード	
--------	--

異動年月日				
R				


病院区分	経営主体	診療科

2登録、3変更、4抹消

フリガナ		フリガナ	
法人名		開設者名	
フリガナ		フリガナ	
保険医療機関の名称		※管理者名	

肩書きから記入願います

郵便番号					
フリガナ					
保険医療機関の所在地	住所				番地
フリガナ					
ビル名等					電話 ()

銀行コード		銀行名(カタカナ)				預金種目	普通	1	当座	2
支店コード		支店名(カタカナ)				口座番号				
フリガナ							請求書に使用する印鑑			
口座名義							<div style="text-align: center;">  </div>			
診療(調剤)報酬の請求及び受領について、上記のとおりお届けします。 令和 年 月 日										
埼玉県国民健康保険団体連合会理事長 様 現住所 開設者 電話 氏名										