

銀行預金口座及び請求印鑑(変更)届について

新規に保険医療機関に指定された場合(開設者・移転等も含む)は医療機関(薬局)コードを受理した後
 本会に請求する月の5日までに必着するようご提出願います。
 記入等については記入例を参照のうえ、次の点をご注意願います。

- 1 関東信越厚生局への申請(指定)どおりご記入ください。
- 2 ※管理者名は、開設者と異なる管理者が請求する場合にご記入ください。
- 3 開設者の現住所の記入及び押印については、印鑑登録を行っている住所・印(実印)としてください。
- 4 口座名義の確認のため、預金通帳のコピーを添付ください。(※表紙と見開きの2箇所)
- 5 開設者と受領者(口座名義)が異なる場合及び開設者と異なる管理者が請求する場合には、別途委任状(印鑑証明書添付)の提出が必要となります。

なお、この届出がない場合は、支払期日にお支払いができなくなりますので、お含みおきください。

〒338-0002
 さいたま市中央区大字下落合1704番
 埼玉県国民健康保険団体連合会
 担当 審査二課支払係
 TEL 048-824-2902

*記入例

銀行預金口座及び請求印鑑(変更)届

※太線内を御記入ください。

処理区分	医療機関コード	課・係コード	異動年月日	病院区分	経営主体	診療科
	1 1 1 0 0 1 2 3 4		R			

2 登録、3変更、4抹消

フリガナ	イリヨウホウジン ケンコウカイ	フリガナ	リジチョウ ケンコウ マモル
法人名	医療法人 健康会	開設者名	理事長 健康 まもる
フリガナ	コクホイイン	フリガナ	
保険医療機関の名称	国保医院	※管理者名	※開設者が請求を行う場合は記入不要です。

両書きから記入願います。

郵便番号	3 3 8 0 0 0 2		
フリガナ	サイタマシチュウオウクオオアザシモオチアイ	バン	
保険医療機関の所在地	さいたま市中央区大字下落合	番地	1704番
フリガナ	サイタマ	電話番号	048 - 824 - 0000
ビル名等	埼玉マンション2F		

金融機関コード	金融機関名(カタカナ)	コクホ	預金種目	普通	1	当座	2			
支店コード	支店名(カタカナ)	サイタマ	口座番号	1	2	3	4	5	6	7

フリガナ	イリヨウホウジン ケンコウカイ コクホイイン リジチョウ ケンコウマモル	請求書に使用する印鑑
口座名義	医療法人 健康会 国保医院 理事長 健康まもる	
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。 埼玉県国民健康保険団体連合会理事長 様 令和 年 月 日 現住所 さいたま市中央区大字下落合1704番 埼玉マンション2F 開設者 電話 048-824-0000 氏名 医療法人 健康会 国保医院 理事長 健康 まもる		

個人→開設者住所・電話
 法人→法人住所・電話

個人→開設者実印
 法人→法人実印

レセプト請求時に使用する印鑑を押印してください