

銀行預金口座及び請求印鑑(変更)届について

開設者変更・名称変更・住所変更・口座変更・請求印鑑変更等について、本会あてに送付して下さい。
 毎月5日が締め切りとなりますので、変更される月の5日までにご提出下さい。
 (なお、出産育児一時金等の口座変更等については、翌月からの変更となります。)
 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。
 (なお、関東信越厚生局から連合会へ変更の通知が届いてからの処理となります。)
- 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。本会へご連絡ください。

なお、あらたに届出を提出していただく形をとっていますので、変更のない箇所についても必ずご記入ください
 ますようお願いいたします。

〒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。

該当する番号を○で囲んでください。

<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>医</td><td>歯</td><td>調</td><td>訪</td></tr> <tr><td>1</td><td>3</td><td>4</td><td>6</td></tr> </table>	医	歯	調	訪	1	3	4	6	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	1	1	1	0	0	1	2	3	4	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>異・係コード</td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	異・係コード		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>異 動 年 月 日</td></tr> <tr><td>R </td></tr> </table>	異 動 年 月 日	R	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>病院区分</td><td>経営主体</td><td>診療科</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	病院区分	経営主体	診療科			
医	歯	調	訪																												
1	3	4	6																												
1	1	1	0	0	1	2	3	4																							
異・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 イリョウホウジン 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。

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	番 地 1704番
保険医療機関の所在地 さいたま市中央区大字下落合	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 イリョウホウジン ケンコウカイ コクホイイン リジチョウ ケンコウマ	預金通帳のコピーを添付してください (表紙と見開きの2箇所)	
口座名義 医療法人 健康会 国保医院 理事長 健康ま	請求書に使用する印鑑	

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 **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
 認印等でも構いません