

※太線内を御記入ください。

## 診療報酬等の請求及び受領に関する届(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	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	3	4	5	6						

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					
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													
口座名義													
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。													
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 ㊟													