

「診療報酬等の請求及び受領に関する届(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)コードを受領した後
 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。本会へご連絡ください。

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。
 届出提出後、内容に変更が生じた場合は、速やかに審査二課支払係までご連絡下さい。

※ 「開設者変更等で保険医療機関(保険薬局)コード等が変わりました～」の記載がある書類につきましては、
 変更前の医療機関コードに係る過誤調整について、変更後の医療機関コードへの支払額から調整
 する事に了承する場合のみ必要事項を記載のうえ提出してください。なお、提出については任意です。

〒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

診療報酬等の請求及び受領に関する届(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。

医療機関コード	1 3 4 6	医療機関コード	1 1 1 0 0 1 2 3 4	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	イリヨウハウジン 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 パン
保険医療機関の所在地	さいたま市中央区大字下落合1704番
フリガナ	サイタマ
ビル名等	埼玉マンション2F
電話	048 - 824 - 0000

金融機関コード	銀行名(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	イリヨウハウジン ケンコウカイ	コクホイイン	リジチョウ	ケンコウマモ	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	健康まも						

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

開設者 現住所 さいたま市中央区大字下落合1704番
 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
 ※ 開設者の印鑑証明書に記載の住所を記入

個人→開設者実印
 法人→法人実印

肩書きから記入願います。