

「診療報酬等の請求及び受領に関する届(変更届)」について

開設者変更・名称変更・住所変更・口座変更・開設者印 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

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。

|   |                 |         |                          |        |                        |                                |            |      |                  |           |      |           |               |
|---|-----------------|---------|--------------------------|--------|------------------------|--------------------------------|------------|------|------------------|-----------|------|-----------|---------------|
| 医療区分  | 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       |               |
| 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          |
| 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 | 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           |
| 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            | 支店コード  | サイタマ                   | 支店名(カタカナ)                      | サイタマ       | 預金種目 | 普通 1 当座 2        | 支店名(カタカナ) | サイタマ | 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 | フリガナ    | リジチョウ ケンコウマモル            | 口座名義   | 医療法人 健康会 国保医院 理事長 健康まも | 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) |            |      |                  |           |      |           |               |
| 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 さいたま市中央区大字下落合1704番 埼玉マンション2F 048-824-0000 |                 |         |                          |        |                        |                                |            |      |                  |           |      |           |               |
| 開設者 氏名 医療法人 健康会 国保医院 理事長 健康 まもる               |                 |         |                          |        |                        |                                |            |      |                  |           |      |           |               |

届書きから記入願います。

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