

※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

㊞