

**歯科用**

**診療報酬振込銀行指定及び印鑑届**

保険医療機関番号 4 2 3

長崎県国民健康保険団体連合会 理事長 様

届出年月日 令和 年 月 日

異動区分 新規 1 変更 2 廃止 3 郵便番号 電話番号

|           |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険医療機関名称  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 開設者氏名     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険医療機関所在地 | 市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 郡 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 町 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

新規開設年月日  
令和 年 月 日

請求書使用印

\* 銀行届出印ではありません

処方せん取扱 なし 0 あり 1 病床数 一般 療養 精神 結核 感染症 その他 総病床数 医科併設 なし 0 あり 1

| 診療科 | 歯科 | 矯正歯科 | 小児歯科 | 歯科口腔外科 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|----|------|------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|     | 60 | 61   | 62   | 63     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* 標榜している診療科について、主たる診療科には◎で、それ以外の診療科には○でそれぞれの診療科に該当する数字を囲んでください。

※経営主体区分

※病院区分

※登録年月日  
令和 年 月 日

※休・廃止年月日  
令和 年 月 日

※旧医療機関コード

| 金融機関名 | 銀行信用金庫  |  |  |  |  |       |  |  |  |  | 本店支店出張所 | 預金科目 |    |    |      |     | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|---------|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|---------|------|----|----|------|-----|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|       |         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |         | 普通   | 当座 | 別段 | 預貯金蓄 | その他 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| コード   | 金融機関コード |  |  |  |  | 支店コード |  |  |  |  | 1       | 2    | 3  | 4  | 9    |     |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  |         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |         |      |    |    |      |     |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 預金名義人 |         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |         |      |    |    |      |     |      |  |  |  |  |  |  |  |  |

※欄は連合会記入欄につき、記載の必要はありません。

※変更の理由

①振込銀行・口座の変更: 令和 年 月の振込日から ④住所地の変更: 令和 年 月から

②請求書使用印の変更: 令和 年 月の請求から ⑤その他の変更: 令和 年 月から

③医療機関等名称・代表者氏名の変更: 令和 年 月から

\* 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、長崎県国民健康保険団体連合会の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定めるほか、本人の同意なくして他の利用目的に使用することはありません。