

**調剤用**

**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 4

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 町 郡																										

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 床	療養 床	精神 床	結核 床	感染症 床	その他 床	総病床数 床	歯科併設	なし 0	あり 1
--------	------	------	-----	------	------	------	------	-------	-------	--------	------	------	------

診療科	調剤												
	70												

\* 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。

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
	コード	金融機関コード	支店コード			普通	当座	別段	預貯金	その他	
フリガナ											
預金名義人											

※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	

※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
- ②請求書使用印の変更: 令和 年 月の請求から
- ③医療機関等名称・代表者氏名の変更: 令和 年 月から
- ④住所地の変更: 令和 年 月から
- ⑤その他の変更: 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。