

【記入例】

提出日→ 令和 年 月 日

長崎県国民健康保険団体連合会理事長 様

開設者死亡に伴う診療（調剤）報酬請求受領に関して、下記の書類を送付いたします。

記

↓ それぞれの枚数

- | | | |
|---|---|---|
| 1. 申 述 書 | 1 | 通 |
| 2. 委 任 状 | 1 | 通 |
| 3. 診療報酬振込銀行指定及び印鑑届（ <u>開設者→現名義人</u> ） | 1 | 通 |
| ※開設者を変更し、現名義人から医療機関等を引き継ぐ場合、保険医療機関等番号変更の有無に関わらず、 <u>別途新開設者の印鑑届</u> のご提出が必要です。 | | |
| 4. 戸 籍 謄 本（ <u>現名義人</u> ） | 1 | 通 |
| 5. 印 鑑 証 明（ <u>代理人+全委任者分</u> ） | 5 | 通 |

代理人（新口座名義人の住所・氏名（本人署名））と実印） ↓

住 所

氏 名

印

【記入例】

申 述 書

（死亡日）、（開設者氏名＝現名義人氏名）の死亡に伴い、（死亡月の前々月）診療分以降にかかる診療（調剤）報酬請求受領に関し一切の権限を相続しましたので、ここに申述いたします。

なお、（登録医療機関名称）の診療にかかる過誤調整が発生しました場合は、その返納を行うことを誓約いたします。

提出日→ 令和 年 月 日

代理人（新口座名義人の住所・氏名（本人署名）と実印）↓

住 所

氏 名 印

【記入例】

(申述書別紙)

[開 設 者]

保険医療機関等番号 (7桁の番号)
機 関 名 称 (登録機関名称)
氏 名 (開設者＝現名義人氏名)
死 亡 年 月 日 (亡くなられた日)

[代 理 人]

氏 名 (代理人氏名＝新名義人氏名)

※申述書により (死亡月の前々月) 診療分 ((死亡月) 振込分) 以降にかかる診療 (調剤) 報酬請求受領に関するものを代理人が相続するものとします。

【記入例】

委任状

(死亡日)、(開設者氏名 = 現名義人氏名)の死亡に伴い、(死亡月の前々月)診療分以降にかかる診療(調剤)報酬請求受領に関し一切の権限を(代理人氏名 = 新名義人氏名)に委任いたしましたのでお届けします。

提出日→ 令和 年 月 日

※ 代理人以外の御家族・御親族など(委任を証明できる方)の住所・氏名(御本人の署名)と各々の実印 ↓

住所

氏名

印

住所

氏名

印

住所

氏名

印

住所

氏名

印