

訪問看護ステーション用

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 6

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 機関等名称																														
フリガナ																														
開設者氏名																														
フリガナ																														
保険医療 機関等所在 地	市															町														
	郡															村														

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

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	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																														

※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

※新・旧医療機関コード

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。