

診療報酬振込銀行指定及び印鑑届の記載方法

長崎県国民健康保険団体連合会
業務管理課

※いただいた届は原本として保管いたしますので、変更箇所を含め全ての欄にご記入をお願いいたします。

① 保険医療機関等番号

- ・九州厚生局長崎事務所（平成 20 年 10 月 1 日以前は長崎社会保険事務局）より指定を受けた 7 桁のコード番号を記載してください。

② 異動区分

- ・該当の番号を○で囲んでください。
- ・以前の開設者からの引き継ぎの場合でも医療機関コードが新しくなった場合は「新規 1」を○で囲んでください。

③ 電話番号

- ・市外局番と市内局番の間にハイフンを入れてください。

④ 保険医療機関等名称

- ・届出の医療機関等名称を記載してください。
- ・フリガナの濁点・半濁点は一文字としてください。

⑤ 開設者氏名

- ・届出の開設者氏名を記載してください。
- ・フリガナの濁点・半濁点は一文字としてください。枠からはみ出す場合は余白に記載してください。

⑥ 保険医療機関等所在地

- ・届出の所在地を記載してください。
- ・フリガナの濁点・半濁点は一文字としてください。また、枠からはみ出す場合は余白に記載してください。

⑦ 届出年月日

- ・当会に送付した日付を記載してください。

⑧ 新規開設年月日

- ・医療機関等の開設年月日（保険医療機関等として指定を受けた日付）を記載してください。
- ・開設日が古く日付が不明な場合は、当会の登録情報で確認いたしますので空欄で結構です。

⑨ 印鑑

- ・レセプトに添付する診療報酬請求書に押す印鑑を押してください。

⑩ 処方せん取り扱い

- ・院外処方ありの場合「あり」に○を付けてください。
- ・院外処方なしの場合「なし」に○を付けてください。

⑪ 診療科

- ・主たる診療科の数字に◎、それ以外の診療科の数字に○を付けて下さい。
- ・届出に記載されている診療科以外を標榜している場合、余白に記載して下さい。

⑫ 金融機関：コード

- ・金融機関コード及び支店コードをご記入ください。

⑬ 金融機関：口座番号

- ・右詰めで記載して下さい。7桁未満の場合、頭に0を付けて7桁にして下さい。

⑭ 預金名義人

- ・銀行等へ届出の名義を記載して下さい。フリガナ部分は通帳の見開きページ（表紙の次ページ）にあるカナ部分を記載して下さい。

※確認のため通帳の表紙の次ページ（口座番号・預金名義人の記載がある部分）の
コピーを添付して下さい。

⑮ その他

- ・新規登録の場合、開設月の20日（必着）までにお送りください。
- ・口座変更の場合、毎月20日（必着）までにお送りいただければ翌月からの変更が可能です。できるだけ早めにお送りください。

担当：業務管理課管理調整班

TEL：095-826-7292

○医科・歯科・調剤

○○用		記入時の注意点										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			
長崎県国民健康保険団体連合会														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		フリガナ		開設者氏名		フリガナ		市 郡 町				新規開設年月日				令和 年 月 日									
保険医療機関名称		以前の開設者からの引継の場合でも、医療機関コードが新しくなった場合は1になります		医療機関コードが変わらない場合で、内容の変更がある場合は2になります		保険医療機関等として指定を受けた日付を記載してください 開設日が古く日付けが不明な場合は当会の登録情報で確認いたしますので空欄で結構です		請求書使用印				レセプトに添付する「診療報酬請求書」に押す印鑑を押してください				*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		歯科併設		なし 0		あり 1	
--------	--	------	--	------	--	-----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	-----	--	-----	--	------	--	------	--	------	--	------	--

診療科		内科		精神科		神経科		神経内科		呼吸器科		小児科		皮膚泌尿器科		皮ふ科		泌尿器科		性病科							
		01		02		03		04		05		16		17		18		19		20		21					
		肛門科		産婦人科		産科		婦人科		眼科																	
		22		23		24		25		26		27		28		30		31		33		34		35		36	

変更箇所を含め全ての欄にご記入をお願いいたします
また、確認のため通帳の表紙の次ページ(口座番号・名義人の記載がある部分)のコピーを添付してください

* 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	当	別	預	貯	其						
フリガナ								1	2	3	4	9							
預金名義人		フリガナ部分は通帳の表紙の次ページにあるカナ部分をそのまま記入してください														7桁未満の場合は頭に0を付けてください			

※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			

※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 月の請求書から										③医療機関等名称・代表者氏名の変更: 令和 年 月から									
		①②: 例) 4月診療分からの場合、5月請求・6月振込になります 5月20日までにお送りいただければ、6月振込(4月診療分)からの変更が可能です																													

* 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。

○訪問看護ステーション

訪問看護ステーション		記入時の注意点		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						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	

以前の開設者からの引継の場合でも、医療機関コードが新しくなった場合は1になります

医療機関コードが変わらない場合で、内容の変更がある場合は2になります

保険医療機関等として指定を受けた日付を記載してください
開設日が古く日付けが不明な場合は当会の登録情報で確認いたしますので空欄で結構です

変更箇所を含め全ての欄にご記入をお願いいたします
また、確認のため通帳の表紙の次ページ(口座番号・名義人の記載がある部分)のコピーを添付してください

新規開設年月日			
令和	年	月	日
請求書使用印			
レセプトに添付する「診療報酬請求書」に押す印鑑を押してください			
* 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					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	フリガナ部分は通帳の表紙の次ページにあるカナ部分をそのまま記入してください										
預金名義人	7桁未満の場合は頭に0を付けてください										

※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
※新・旧医療機関コード	
※欄は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

①②: 例) 4月診療分からの場合、5月請求・6月振込になります
5月20日までにお送りいただければ、6月振込(4月診療分)からの変更が可能です

* 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。