

診療報酬等の請求及び受領に関する届の記載方法

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 または ステーションコード
 - ・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附番された場合は「1」を○で囲んでください。

- ③ 電話番号
 - ・ハイフンを入れてください。（例）○○○-△△△-××××

- ④ 保険医療機関等名称
 - ・九州厚生局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
 - ・九州厚生局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。また、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
 - ・九州厚生局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 処方せん取り扱い

- ・院外処方ありの場合「1」に○を付けてください。
- ・院外処方なしの場合「0」に○を付けてください。

⑩ 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○を付けてください。
- ・届出に記載されている診療科以外を標榜している場合、余白に記載してください。

⑪ 金融機関：コード

- ・金融機関コード及び支店コードを記載してください。

⑫ 金融機関：口座番号

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

⑬ 預金名義人

- ・銀行等へ届出の名義を記載してください。フリガナ欄は通帳の見開きページ（表紙の次ページ）にあるカナ名義を記載してください。

※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
コピーを添付してください。

⑭ 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。
- ・振込先口座変更の場合も、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が、できるだけ早めにお送りください。

○広域予防接種

広域予防接種	記入時の注意点	接種委託料振込銀行指定及び印鑑届	保険医療機関番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:15px;">4</td><td style="width:15px;">2</td><td style="width:15px;">5</td><td style="width:15px;"></td><td style="width:15px;"></td><td style="width:15px;"></td></tr> </table>	4	2	5			
4	2	5							

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	
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
予診票に添付する「予防接種実施報告書及び請求書」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	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 1	当座 2	別段 3	預貯金蓄 4	
フリガナ								
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
※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月接種分からの場合、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月接種分)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。