

医科用

診療報酬等の請求及び受領に関する届

保険医療機関番号 4 2 1

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																													
保険医療機関所在地	ナガサキケン 長崎県 市 郡 町																												
フリガナ																													
開設者氏名																													
																													新規開設年月日
																													昭和 平成 令和 年 月 日

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	内科	精神科	神経科	神経内科	呼吸器科	消化器科	胃腸科	循環器科	小児科	外科	整形外科	形成外科	美容外科	脳神経外科	呼吸器外科	心血管外科	小児外科	皮膚泌尿器科	皮膚科	泌尿器科	性病科	
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
	肛門科	産婦人科	産科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	気管食道科	放射線科	麻酔科	心療内科	アレルギー科	リウマチ科	リハビリ科									
	22	23	24	25	26	27	28	30	31	33	34	35	36									

\* 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											
													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	
※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 医療機関等名称の変更: 令和 年 月から

③ 代表者氏名の変更: 令和 年 月から

④ 所在地の変更: 令和 年 月から

⑤ その他の変更: 令和 年 月から (変更内容: )

\* 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。