

歯科用

診療報酬の請求及び受領に関する届

保険医療機関番号 4 2 3

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

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), 医科併設 (なし 0 あり 1)

診療科 table with columns: 歯科, 矯正歯科, 小児歯科, 歯科口腔外科, 60, 61, 62, 63

* 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 (普通 当座 別段 預貯金蓄 其他), 口座番号, コード (金融機関コード 支店コード), 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。