

診療報酬等の請求及び受領等に関する届出書

< 記 入 上 の 注 意 >

1. 受領者名欄は通帳に記載されている銀行口座の名義どおりに記入してください。
2. 届出区分について
 - ◎新規開設の場合
 - ・全ての欄に記入してください。
 - ・届出区分欄の開設日には、厚生支局より指定のあった年月日を記入してください。
 - ・受領先の確認のため、必ず通帳表紙、表紙裏面等に記載されている名義カナの記載がある箇所の写しを添付してください。
 - ◎変更の場合
 - ・変更のない項目も含め、全ての欄に記入してください。
 - ・届出区分欄は、変更箇所を○で囲み、変更年月日を必ず記入してください。
 - ・届出区分2、4を変更する場合、受領先の確認のため、必ず通帳表紙、表紙裏面等に記載されている名義カナの記載がある箇所の写しを添付してください。
3. 各項目の記載方法については、次頁を参照ください。

徳島県国民健康保険団体連合会
理事長 殿

開設者の所在地、代表者名（医療法人理事
事長など）の記入と押印をお願いします

保険医療機関等の名称
開設者所在地及び代表者名印

印

診療報酬等の請求及び受領等に関する届出書の提出について

国民健康保険診療報酬等の請求及び受領について、下記のとおりでありますので届け出ます。

医療機関コード未決定の場合は空欄で提出い
ただいても結構です

記

保険医療機関（保険調剤薬局）等の診療報酬請求及び受領関係届出書

医療機関 コード		TEL (市外局番 含む)	() - ()
フリガナ			
機関名			
フリガナ			フリガナ
開設者	医療法人名などを記入してく ださい	代表者名	代表者（医療法人理事長など） を記入してください
フリガナ			
所在地	〒 [][] [][][][]	医療機関（事業所）の所在地を記入してください	
診療 科目 (該当に○印)	主たる診療科 (内科) ※主たる一診療科のみ記入 01.内科 02.精神科 03.神経科 04.神 07.胃腸科 08.循環器科 09.小児科 13.美容外科 14.脳神経外科 15.呼吸器 17.小児外科 18.皮膚泌尿器科 19.皮膚 22.肛門科 23.産婦人科 24.産科 25. 28.気管食道科 30.放射線科 31.麻酔科 35.リウマチ科 36.リハビリテーション科 37.病理診断科 38.臨床検査科 39.救急科 60.歯科 61.矯正歯科 62.小児歯科 63.歯科口腔外科		
経 営 主 体 (該当に○印)	01. 国立病院等 02. 官公立病院 03. その他公的病院 04. 大学病院（国立） 05. 大学病院（公立） 06. 大学病院（私 08. 社会福祉法人病院 09. その他の法人 11. 独法国立病院機構 12. 官公立診療所 17. 医療法人診療所 18. 社会福祉法人診 20. 個人診療所 該当する経営主体に1つ○を記入してくだ さい。 ※保険調剤薬局、訪問看護ステーションの場 合は記載不要です		
受 領 銀 行 (コード)	銀行	支店	口座番号
フリガナ	通帳表紙裏面の名義カナを記入してください		預金種別
受領者名 (口座名義人)	通帳表紙の口座名義人を記入してください		1. 紙 2. 磁気 3. オンライン
届出区分 (該当に○印)	1. 新規： 年 月 日開設 2. 変更： 1 機関名 2 開設者・代表 4 受領銀行・口座又は受領者名 (月診療支払分・ 月振込額) 変更年月日 年 月 日		新規開業および法人化・移転等でコードが変更 になる場合は「1. 新規」、その他変更する場 合は「2. 変更」に○を入れてください

※新規及び口座及び受領者名（口座名義人）が変更になる場合は通帳のコピーを一部添付ください。

※受領者名欄は銀行口座の名義と同一の記入をお願いします。

※記載された情報については診療報酬等審査支払いのため使用し、目的外の使用は致しません。