年　　月　　日

徳島県国民健康保険団体連合会

理　事　長　　　　　　　　殿

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　柔道整復施術所の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者所在地及び代表者名印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

施術療養費の請求及び受領等に関する届出書の提出について

国民健康保険柔道整復施術療養費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。

記

柔道整復施術療養費支給申請書及び受領関係届出書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施術機関コード |   | ℡（市外局番含む） | (　　　　　)－ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 機関名 |  |
| フリガナ |  |
| 開設者名 |  |
| フリガナ |  | フリガナ |  |
| 代表者名 |  | 整復師氏名（登録記号番号） | （契・協　　　　　　　　） |
| フリガナ |  〒 |  |
| 所在地 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 取扱団体等(該当に○印) | １．会名　　　　２．個人 |
| 受　　領銀　　行 |  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　支店 | 口　座　番　号 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |   | 預金種別 |
| 受領者名（口座名義人） |  | １．普通２．当座 |
| 届出区分(該当に○印) | １．新　規：　　年　　月　　日（開設日）２．変　更：１機関名　　２開設者　　３代表者　　４整復師　　５所在地６受領銀行・口座又は受領者名（　　　月支払分から）　変更年月日　　　年　　月　　日 |

※新規の場合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。

※新規の場合、施術機関コードは記入しないでください。後日、当連合会よりお知らせいたします。

※記載された情報については施術療養費審査支払いのため使用し、目的外の使用は致しません。