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。