

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						TEL (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 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。