

新規・変更報告書 記載要領

- 1 名称、所在地、開設者名については**関東信越厚生局群馬事務所へ申請・承認**された内容を記載してください。
- 2 国の会計法又は都道府県市町村条例により歳入徴収官又は収入役を定めているもの以外で、開設者と請求者又は預金名義人が異なる時は委任状の提出をお願いします。委任状についてはご連絡頂ければ早急に送付いたします。
- 3 開設者と請求者が同一の場合は、請求者名の記入は不要です。
- 4 開設者印を押印してください。
- 5 振込変更年月はすでに届け出た口座情報に変更が生じた場合、変更を希望する振込月を記載してください。
(振込月例 4月請求分(3月診療分)は5月振込みとなります)
- 6 預金名義は、必ず銀行等の名義と同一の文字を記載してください。また、カナ部分は必ず通帳見開きページにあるカナ文字の記載をお願いします。
- 7 口座番号等確認のため、預金通帳表紙と表紙の裏面の写しを添付してください。

照会先及び送付先

〒371-0846

群馬県前橋市元総社町335-8 (群馬県市町村会館内)

群馬県国民健康保険団体連合会 審査管理課 管理係

TEL 027-290-1365

FAX 027-219-3530