訪問看護ステーション新規・変更報告書

　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　群馬県国民健康保険団体連合会　　御中

　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　届出者

　　　　　　　　　　（事業者）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | 氏名 　 　　　　　　　 （開設者印） | | | | | | | |
| ステーションコード | |  | |  |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | | | | | |
| 名　　　　　称 |  | | | | | | | | | | |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | | | | | |
| 所　　在　　地 |  | | | | | | | | | | |
| 郵便番号 | |  | | | | 電話番号 |  | | | |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | | フ　リ　ガ　ナ | |  | |
| 開設者名 |  | | | | | | | 請求者名 | |  | |
| 届出口座への  振込変更年月 | 年　　　月振込分から変更 | | | | | | フリガナ |  | | | |
| 預金名義 |  | | | |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | フリガナ |  | | 科　　　目 | | 口　　座　　番　　号 |
| 振込金融機関名 |  | | | | | 本・支店名 |  | | 普通・当座 | |  |
| 旧番号のレセプトの過誤は、新番号の請求から調整させて頂いてよろしいでしょうか。２　　(　　はい　　・　　いいえ　　) | | | | | | | | | | | |

＊　１機械に登録する関係で、記入頂いた文字の中に外字が含まれている場合、 常用漢字に変換させて頂く場合がございますので、予めご了承ください。２ステーションコードが変更になった場合は記載してください。