

# 保険医療機関（薬局）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  
(開設者)

氏名

(開設者印)

医療機関（薬局）コード		点数表	医科・歯科・調剤		
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。 <sup>2</sup> ( 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 保険医療機関（薬局）コードが変更になった場合は記載してください。