

新型コロナウイルスワクチン接種に係る費用の 請求及び受領に関する届

2021年 6月XX日 提出

群馬県国民健康保険団体連合会 御中

開設者（代表者） 住所 群馬県〇〇市〇〇町〇-〇

氏名 〇〇 〇〇

新型コロナウイルスワクチン接種に係る費用の請求及び受領に関する届を下記のとおり記入のうえ提出いたします。

医療機関等番号	1 0 1 X X X X X X X X		
フリガナ	マルマル'ヨウイン	TEL	9 9 9 9 - 9 9 - 9 9 9 9
医療機関等名称	〇〇病院	FAX	9 9 9 9 - 9 9 - 9 9 9 9
郵便番号	X X X - X X X X	振込先	金融機関コード X X X X △△銀行
フリガナ	ゲンケンマルマルシマルマチ	支店名	支店コード X X X ■ ■ 支店
所在地	群馬県〇〇市〇〇町〇-〇	預金種目	1: 普通 2: 当座 <small>該当番号に○を付けて下さい。</small>
		口座番号	9 9 9 9 9 9 9 <small>右詰で記載して下さい。</small>
フリガナ	マハツバツ マルマル	フリガナ	サカサカ ハツバツ
請求者	×× 〇〇	口座名義人※	△△ ××
届出理由(該当番号に○を付けて下さい。)		請求開始(変更)年月	旧医療機関等番号
1	新設	2021年6月 より	
2	請求者または口座名義人の変更		
3	振込先及び口座番号の変更		
4	その他 (
備考			

通帳表紙裏等に記載されている口座名義人を御記載ください。
(振込時に使用いたしますので、誤りなく御記載願います。)

※開設者（代表者）と口座名義人が異なる場合には、委任状も添付いただく必要があります。

委任状

私は、都合により △△ ×× をもって代理人と定め、下記の権限を委任します。

委任事項

- 1 新型コロナワクチン接種に係る費用の請求に関すること。
- 2 新型コロナワクチン接種に係る費用の受領に関すること。

なお、本委任を解除する場合には、双方連署のうえ届出のない限りその効力のないことを誓約いたします。

令和 3年 6月 XX日

住 所 群馬県〇〇市〇〇町〇-〇
委任者

氏 名 ×× 〇〇 印

上記委任の件承諾いたしました。

住 所 群馬県〇〇市××町〇-〇
受任者

氏 名 △△ ×× 印

群馬県国民健康保険団体連合会
理事長 熊 川 栄 様