

記載例

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

厚生局にて申請・承認された開設者名(法人の場合は法人名と代表者名)を記入してください。

開設者 住所 群馬県前橋市○○町1-1

氏名 医療法人○○会 代表取締役 国保 太郎

印

電話 027-○○○-1234

実印(法人の場合は法人印)を押印してください。

該当箇所に○

保険医療機関（薬局）コード	点数表 医科 歯科・調剤	0	1	2	3	4	○	○
フリガナ	コクホビョウイン							
保険医療機関（薬局）等名称 ※1	国保病院							
保険医療機関（薬局）等所在地	〒 3 7 1 - ○ ○ ○ ○	群馬県前橋市○○町2-2						
電話番号	027-○○○-5678							
フリガナ	イリョウカ ○○カイ ダイヒョウトリシマリヤク コクホ タロウ							
開設者（名）	医療法人○○会 代表取締役 国保 太郎							
請求者名	開設者と異なる場合のみ厚生局にて申請・承認された請求者名を、記入してください。							
適用診療年月日	令和 ○年 5月診療分(令和 ○年 7月振込分より)							
振込金融機関名	1.新規(5月1日指定の場合)5月診療分(7月振込分より)となります。 2.変更の場合、変更となる診療年月を記入してください。なお、変更する診療年月の翌月15日までに提出願います。(5月診療分(7月振込分)と記載した場合、6月15日までに提出してください。)							
口座科目	普通 当座 その他							
口座番号	1	2	3	4	開設者と口座名義人が異なる場合、別途委任状(印鑑証明書添付)の提出が必要となります。			
フリガナ	イ) ○○カイ ダイヒョウトリシマリヤク タロウ (通帳にあるカタカナ名義)							
口座名義人	医療法人○○会 代表取締役 国保 太郎 (通帳にある漢字名義)							
変更前の口座番号 (表紙と見開きの2カ所)	変更前の口座番号、変更後の医療機関コードへの支払額から調整させて頂いてよろしいでしょうか。※2							
	該当箇所に○ (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、予めご了承下さい。

※2 保険医療機関（薬局）コードが変更になった場合、記載してください。

注) 変更の場合であっても、変更箇所以外の項目についても全て記載してください。