

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

事業者 住所
氏名
電話

印

ステーションコード									
フリガナ									
名称	※1								
所在地	〒								
電話番号									
フリガナ									
開設者(名)									
フリガナ									
請求者名									

適用診療年月日	令和 年 月 日	診療分(令和 年 月振込分より)
---------	----------	------------------

振込金融機関名		銀行・農協 信金・信託	本・支店名		本店 支店
口座科目	普通 当座 その他				
口座番号					
フリガナ					
口座名義人					

変更前のステーションコードに係る過誤調整について、変更後のステーションコードへの
支払額から調整させて頂いてよろしいでしょうか。 ※2 (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 ステーション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。