

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

開設者 住所

氏名

印

電話

保険医療機関（薬局）コード	点数表						
	医科・歯科・調剤						
フリガナ							
保険医療機関（薬局）等名称 ※1							
保険医療機関（薬局）等所在地	〒						
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 診療分(令和 年 月振込分より)
---------	-------------------------

振込金融機関名	銀行・農協	本・支店名	本店
	信金・信託		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			

変更前の医療機関コードに係る過誤調整について、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 (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。