

受領委任（登録・変更・廃止・〔 〕）申請書

西宮市長 宛

平成 年 月 日

福祉医療費助成制度における、はり・きゅう及びあん摩・マッサージの受領委任取り扱いについて下記のとおり申請します。

（変更希望月）平成 年 月診療分からの変更を希望します。

登録番号	7	7												
施術機関名														
所在地 (兵庫県内に限る)	〒													
電話	() -													
開設者氏名	印													
加入組合名	全国柔整鍼灸協同組合													
所在地	〒 530-8556 大阪市北区曽根崎2丁目2番1号 全柔協会館													
電話	(06) 6315 - 5550													
送付先	<input type="checkbox"/> 施術機関宛 <input checked="" type="checkbox"/> 加入組合宛													
添付書類	<input type="checkbox"/> 施術所の開設届（写）													
振 込 指 定	銀行名・支店名			預金種別		口座名義人								
	銀○行 三井住友信用金庫 梅田 支○店 農 協 出張所			1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄		ワカナセンコクジュウセイシキウキョウトウクミアイツチウキンマサミ								
						全国柔整鍼灸協同組合 理事長 岸野 雅方								
	銀行コード		店番号	口座番号										
	0	0	0	9	1	2	7	2	7	3	0	1	7	8

（注）上記内容に変更があればすみやかにお届けください。

受付印

西宮市役所医療年金課医療給付チーム
0798・(35)3188