

(別添1)

柔道整復施術療養費の請求及び受領に関する届

平成 年 月 日

熊本県国民健康保険団体連合会

理事長 三角保之様

開設者 住所

名称

(氏名)

印

請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

登録記号番号	経営主体	個人	法人
— —	開設	平成	年 月 日
フリガナ 施術所名			
フリガナ 所在地			
郵便番号	TEL	— —	
フリガナ	FAX	— —	
請求者	振込銀行	口座番号	
フリガナ セシコクシユウセイシキョウカイ カイイキョウキョウシノミ	りそな	当座・普通	
受領者 (口座名義人)	銀行 不毎甲 本店・支店	NO 200217	
届出理由(該当する番号に○をつけてください。)		異動年月日	
1	新設	年 月 請求分より	
2	請求者の変更		
3	受領者(口座名義人)の変更		
4	振込銀行及び口座番号の変更		
5	その他()		
備考			

- ※ 1. 振込銀行通帳表紙裏面の写しを必ず添付してください。
2. 届出書の内容に変更が生じた場合は速やかに再提出してください。
3. 印鑑は、申請書に使用する印鑑を押印してください。