

届出年月日 平成 年 月 日

医療（調剤等）機関指定・変更届

岡山県国民健康保険団体連合会理事長 殿

機関名

開設者氏名

印

このたび、保険医療機関等の指定を受けたい（変更をしたい）ので、貴会より支払われる診療（調剤）報酬等の受入について、下記のとおり届けます。

届出区分	1. 新規指定（開設日：平成 年 月 日）	2. 変更（口座変更の場合は提出月の翌月となります。）
------	-----------------------	-----------------------------

県コード							
点数表区分	1. 医科	3. 歯科	4. 調剤	6. 訪問	9. 柔整		
機関コード						（←コード未決定の場合、機関コード欄は空欄のままです。）	
請求媒体	1. 紙	2. 磁気	3. オンライン				
フリガナ							
機関名							
フリガナ							
所在地	〒						
電話番号							
FAX番号							
フリガナ							
開設者氏名							
フリガナ							
管理者氏名							
柔道整復登録記号番号							

【振込先銀行】

銀行名						
支店名						
預金種目	1. 普通	2. 当座	3. 別段	4. 貯蓄		
口座番号						
フリガナ						
口座名義人						

委任状（口座名義人と開設者氏名が異なる場合は、下欄への記載と印鑑証明を添付してください。）

委任状

都合により上記の管理者及び口座名義人に対し、下記の権限を委任します。

記

- 診療（調剤）報酬等の請求に関すること。
- 診療（調剤）報酬等の受領に関すること。

開設者（委任者）氏名

印