

平成 年 月 日

岐阜県国民健康保険団体連合会 御中

開設者 住所

氏 名

印

振込金融機関指定及び印鑑届

国民健康保険療養費及び公費負担医療費については、貴連合会から保険者、公費負担実施者あて請求及び受領に同意し、これの支払は下記台帳のとおり金融機関を指定し、印鑑をお届けします。

施 術 所 コ ー ド 台 帳

※コ 施 術 所 ド	県別	表 別	地 区 コ ー ド	施 術 所 コ ー ド	施 術 項 目 1.柔道整復 2.はり、きゅう 3.マッサージ	申 用 請 書 に 印 鑑	開 設 年 月 日	免許証番号	★登録記号番号
フリガナ						フリガナ	電 (局) 番		
施術所名						請求者	電 話		
郵便番号				フリガナ	金融機関確認				▲電 算 手 書
所在地									
フリガナ					振込金融機関	銀行	支店	口座番号	※摘要
受領者 (預金名義人)						信用金庫		普通 当座	

※県コード

※地区コード

※施術所コード

記入上の注意

1. ※印欄を除き当該箇所（太枠内）はすべて記入して下さい。
2. ★印欄は、登録記号番号を必ず記入して下さい。
3. 振込金融機関欄は、岐阜県国民健康保険団体連合会より施術に係る療養費の振込を希望される金融機関の本・支店名及び口座番号を記入して下さい。
なお口座番号、預金名義人を振込金融機関において確認願ひ金融機関確認欄に押印のうえ届出下さい。
金融機関を変更する場合も同様本書にて届出下さい。
4. 印鑑変更の時は、本書により直ちに届願います。
5. ▲印欄は、申請書提出様式について「電算」又は「手書」のいずれか該当に○を付して下さい。

※	受付印		担当印		電算		確認	
---	-----	--	-----	--	----	--	----	--