

年 月 日

徳島県国民健康保険団体連合会
理 事 長 殿

柔道整復施術所の名称
開設者所在地及び代表者名印

印

施術療養費の請求及び受領等に関する届出書の提出について

国民健康保険柔道整復施術療養費の請求及び受領について、下記のとおりでありますので届け出ます。

記

柔道整復施術療養費支給申請書及び受領関係届出書

施術機関 コード					〒 (市外局番 含む)	()-	申請書に使用する 印鑑 (整復師)
フリガナ							
機関名							
フリガナ							
開設者名							
フリガナ					フリガナ		
代表者名					整復師氏名 (登録記号番号)	(契・協)	
フリガナ	〒						
所在地	□□□□ □□□□						
取扱団体等 (該当に○印)	1. 会名 [] 2. 個人						
受 領 行	銀行 支店				口 座 番 号		
フリガナ					預金種別		
受領者名 (口座名義人)					1. 普通 2. 当座		
届出区分 (該当に○印)	1. 新 規 : 年 月 日 (開設日) 2. 変 更 : 1機関名 2開設者 3代表者 4整復師 5所在地 6受領銀行・口座又は受領者名 (月支払分から) 7印鑑 変更年月日 年 月 日						

※新規の場合及び口座及び受領者名 (口座名義人) が変更になる場合は通帳のコピーを一部添付ください。

※受領者名欄は銀行口座の名義と同一の記入をお願いします。

※新規の場合、施術機関コードは記入しないでください。後日、当連合会よりお知らせいたします。

※記載された情報については施術療養費審査支払いのため使用し、目的外の使用は致しません。