

柔道整復施術療養費振込銀行指定及び印鑑届

長崎県国民健康保険団体連合会理事長 様

届出年月日 平成 年 月 日

長崎県国民健康保険団体連合会理事長様																																
登録記号番号	協 契									-		-		施術機関コード						4	2	9										
(フリガナ) 施術管理者													所属団体の 付与コード (会員番号)								所属団体名											
承諾年月日	平成 年 月 日												異動区分				新規 1				変更 2				廃止 3				請求書に 使用する 印鑑			
(フリガナ) 施術所名称													(フリガナ) 開設者氏名																			
郵便番号										-					電 話 番 号				() -													
(フリガナ) 施 術 所 の 所 在 地																									備 考 ※							
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 市 町 県 郡 村 </div>																															
金融機関名	銀 行												本・支店				預 金 科 目				口 座 番 号 (右づめでご記入ください)											
	信用金庫												出張所				普 通 当 座 別 段 その他															
	金融機関 コード※												店コード※						1	2	3	4										
(フリガナ) 預金名義人													委 任 欄				私が施術した分に係る請求及び受領に関する一切の権限を <div style="text-align: right;">に委任致します。</div>															
開設年月日	平成 年 月 日																												(氏名)			

※ 欄の記入は必要ありません。