

記載例
(新規の場合)

診療報酬等の請求及び受領に関する届出

令和 年 月 日 提出

香川県国民健康保険団体連合会 理事長 様

開設者 住所
氏名

主たる事務所の所在地を記載してください

診療報酬等費用の請求及び受領に関し、下記のとおり記入・捺印し届出します。

届出理由	1. 新規(コード番号の変更含む)			2. 振込口座の変更			3. その他の変更			請求書に使用する印鑑					
医療機関等コード	0	1	9	9	9	9	開設日又は異動日	令和2年 4 月 1 日							
フリガナ	カガワコクホシンリョウシヨ														
医療機関等名称	香川こくほ診療所											点数表区分	1	診療科	内科
フリガナ	郵便番号	タカマツシフクオカチョウ2チョウメ3バン2ゴウ													
所在地	760-0060	高松市福岡町2丁目3番2号													
フリガナ	リジチョウ コクホ イチロウ						電話番号	087-111-1111							
請求者	理事長 こくほ 一郎						FAX番号	087-222-2222							
受領銀行名	銀行コード	9999	支店コード	999	預金種目	1. 普通	口座番号	9	9	9	9	9	9	9	
	国保銀行		高松支店			2. 当座									
フリガナ ※	イ)カガワコクホカイ コクホシンリョウシヨ											※ 通帳の名義(カタカナ)を記入			
受領者 ※	医)香川こくほ会 こくほ診療所											※ 受領者が振込通知書の宛名に印字され			
旧医療機関等の過誤額等の返還額について、新医療機関等への支払と相殺することに													同意します ・ 同意しません		
旧医療機関等名称	こくほ診療所						旧医療機関等コード	0	1	8	8	8	8	8	
住所	高松市福岡町2丁目3番2号						連絡先	087-111-1111							

厚生支局から指定されたとおりにご記入ください

個人:氏名
法人:職名・氏名
を記載してくださ

診療報酬請求書に使用する印鑑を押印ください(銀行印でなくてもかまいません)

同意しますを選択された場合、旧医療機関等の過誤等による調整額を新医療機関等の診療報酬支払額から差し引き調整します。

同意しませんを選択された場合、旧医療機関等の過誤等による調整額を本会に振り込んでいただく場合があります。

注1. ご記入前に記入上の注意をご覧ください。

注2. 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、香川県国民健康保険団体連合会の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3号の規定に定めを除き、本人の同意なくして他の利用目的に使用することはありません。