

(記入例)

令和 年 月 日

※記入方法の詳細については同封の「各欄の記載」をご覧ください。

保険医療機関届

診療(調剤)報酬の請求・受領について下記のとおりお届けします。

大阪府国民健康保険団体連合会
理事長様

届出者住所
氏名
TEL ()

法人の主たる事務所の所在地、名称代表者の職及び氏名、電話番号
(※個人開設診療所の場合は、開設者の住所及び氏名)を記載してください。

印

1 機関コード					2 点数区分				3 郵便番号											
9	4	0	9	9	9	5	医	歯	調	訪問			5	4	0	-	0	0	2	8
							①	3	4	6										

※	4 保険医療機関(保険薬局)所在地	所在地 1 (郡・市・区)	所在地 2 (町村・丁目・地番・号)	所在地 3 (ビル名等)	法人の場合は法人印 個人の場合は個人印 ※押印していただく印は以後、口座変更等の各種手続きに必要となります。
	フリガナ	オオサカシ	チュウオウク	チュウオウオト、オリFNビル 30F	
	漢字	大阪府	中央区	中央大通 FNビル 30F	

5 経営主体										6 主たる診療科		7 電話番号				8 保険医療機関申出受理年月日		病床数	担当医数	標榜診療時間		旧機関コード			※通訳サイン	※変更区分	※病院区分
医療法人		内科		06		(6949)		5335		R		年		月	日	0	1	9:00~12:00		17:00~19:00							

※個人開設診療所の場合は『個人』	9 保険医療機関名(保険薬局名)																		
フリガナ	イリヨウホウジンコクホカイコクホイイン																		
保険医療機関名(保険薬局名)	医療法人国保会 国保医院																		

	10 開設者名																		
フリガナ	イリヨウホウジンコクホカイレシチョウコクホタロウ																		
開設者名	医療法人国保会 理事長 国保 太郎																		

	11 請求者名(開設者と同じ場合は、記入不要)																		
フリガナ																			
請求者名																			

	12 受領者名(開設者と同じ場合は、記入不要)																		
フリガナ																			
受領者名																			

	13 振込金融機関																						
※銀行・支店コード	国保	銀行	信用金庫	支店名(フリガナ)	オオサカ	大阪支店	口座区分	普通預金 ①	当座預金 2	貯蓄預金 4	その他 9	口座番号	0	1	2	3	4	5	6	カナ		口座名義	

カナは通帳の見開きページに記載のカタカナをご記入ください。

※通帳の表紙に記載の正式名義を記入してください。

※口座番号は右づめで記入してください。

※	標榜診療科名																		
	内科・小児科・消化器科(近畿厚生局に申請されている診療科名をすべて記入してください。)																		