

令和 年 月 日

大阪府国民健康保険団体連合会 様

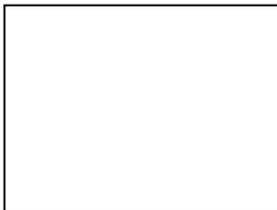
医療機関コード

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

保険医療機関届において届出した印鑑を紛失いたしましたので、下記のとおり変更いたします。

記

新保険医療機関届印



(提出先)

〒540-0028 大阪府中央区常盤町1丁目3番8号
(中央大通F Nビル内)
大阪府国民健康保険団体連合会
(担当) 管理部 業務管理課 第2係
電話 (06)6949-5336

本書については、開設者の身分証明書(医師免許証・運転免許証・保険証等)の
コピーを添付のうえ、お届け願います。