

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

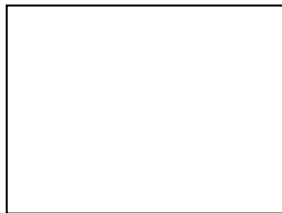
---

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下記のとおり変更いたします。

記

旧保険医療機関届印



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