

**記載についてのご注意**

診療（調剤）報酬等振込金融機関（口座）変更届

令和 年 月 日

大阪府国民健康保険団体連合会 理事長 様

提出年月日を記載します。

診療（調剤）報酬等振込金融機関（口座）を変更しますので、下記のとおりお届けします。

医療機関（薬局）コードを記載します。				届出者 住所				開設者の住所・氏名・電話番号を記載します。
機関コード				氏名				
点数区分				電話				
該当番号に○印を記載します。								( )
医 歯 調 訪問看護								(印)
1 3 4 6								本会へ届出済みの保険医療機関届と同一の印鑑で押印します。
保険医療機関名（保険薬局名）		フリガナ						本会へ届出済みの保険医療機関届と同一の内容を記載します。
保険医療機関所在地		フリガナ						
開設者名		フリガナ				受領者名		
						フリガナ		
振込金融機関								
※銀行・支店コード		銀行		支店名（フリガナ）				フリガナは、1マスに1文字を記載します。濁音、破裂音などは2マスを使用してください。 例： ヒ ハ シヨ
		信用金庫		店				
該当番号に○印を記載します。								
口座区分		口座番号		カナ				
普通預金 1				口座名義				
当座預金 2								
その他 9								

- ① 1. 開設者名と受領者名（口座名義）が異なる場合は、委任状及び印鑑証明も併せてご提出願います。（ご連絡いただければ委任状の用紙を送付いたします。）
2. ※の項目は記入しないでください。
3. 本届出内容のうち個人情報に該当する事項については、大阪府国民健康保険団体連合会の業務に用いるものであり、個人情報の保護に関する法律第18条第3項に定める場合のほか、本人の同意なくして他の利用目的に使用するものではありません。