

柔道整復施術所変更届

令和 年 月 日

柔道整復施術療養費の請求・受領について、下記の変更をお届けします。

大阪府国民健康保険団体連合会
理事長 様

施術管理者住所

氏名

電話番号

()

印

※ 登録番号及び変更箇所のみ、記入願います。

登録番号

施術所名	
カナ	
漢字	

施術管理者名	
カナ	
漢字	

郵便番号

所在地 1 (郡市区)		所在地 2 (町村・丁目・地番・号)	
カナ		カナ	
漢字		漢字	

所在地 3 (ビル名等)		(所在地) 電話番号	変更年月日	
カナ			元号	年
漢字				月
			5: 令和	日

銀行コード	振込金融機関 (漢字)	

支店コード	枝	支店名 (漢字)	口座区分	口座番号
			1:普通預金 2:当座預金 9:別段預金	

受領者名 (口座正式名義)	
カナ	
漢字	

* の項目は記入不要です。

支払区分	団体コード	団体名
1: 団体 2: 施術所		

減通等送付先区分
1: 団体 2: 施術所

備考