

大阪府国民健康保険団体連合会
理 事 長 様

はり・きゅう、あん摩マッサージ施術療養費の書類送付先変更について

団 体 名	
住 所	〒 -
電 話 番 号	
代 表 者 名	
担 当 者 名	

代表者名は団体における名称でお願いします。
(例)〇〇〇協会 会長 国保 太郎

印は個人印でなく、団体の代表印でお願いします。 (印)

施術療養費当座口振込通知書等の送付先については、○印の方に送付願います。

	通 知 書 名	団 体	施術管理者
送付先	施術療養費当座口振込通知書		
	増減点・返戻通知書	等	

- ①団体、施術管理者のどちらかに○印をつけてください。
- ②送付先については、団体で○印をつけられた方に送付します。
- ③団体に○印をつけられた場合、施術管理者（会員）様へは必ず団体の方で周知をお願いします。
- ④後日、送付先を変更される場合は、改めて本様式にて申し出てください。

備考欄

・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、個人情報保護法第16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。