

(個人用)

令和 年 月 日

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

施術管理者名	⑩
施術所名	
登録記号番号	

私宛の書類等につきましては、次の受取者に送付願います。

記

通 知 書 名	施術療養費当座口振込通知書 増減点・返戻通知書 等
---------	------------------------------

受取者氏名	
受取者住所	〒 —
受取者連絡先	

・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。

大阪府国民健康保険団体連合会