

岐阜県国民健康保険団体連合会 御中

開設者 フリガナ 住所

フリガナ 氏名

### 振込金融機関指定届

国民健康保険診療報酬、後期高齢者医療診療報酬及び公費負担医療費等については、貴連合会から保険者、公費負担実施者等あて請求及び受領に同意し、これの支払は下記台帳のとおり金融機関を指定します。

#### 保険医療機関コード台帳

|                        |  |                                   |             |             |             |   |        |          |
|------------------------|--|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|---|--------|----------|
| 機関コード                  | 地区コード  | 機関コード                             | 記号・番号       | 記号          | 番号          |   |        |          |
|                        |  |                                   |             | 医<br>歯<br>薬 |             |   |        |          |
| 種別                     | 国立<br>公立<br>その他の公的<br>大学(国立・公立・私立)<br>医療法人<br>福祉法人<br>その他の法人<br>個人 | 病院<br>診療所<br>薬局<br>訪問看護<br>ステーション | 指<br>定      | 年 月 日       | 表<br>別      | 1 医科<br>3 歯科<br>4 調剤<br>6 訪問看護  | 診療科目   |          |
| フリガナ<br>名称             |  |                                   |             |             | フリガナ<br>請求者 |   | 電<br>話 | (局) -    |
| 郵便番号                   |  | フリガナ<br>所在地                       |             |             |             |   | 金融機関確認 | 届出理由     |
| フリガナ<br>受領者<br>(預金名義人) |  |                                   |             |             |             | <input type="checkbox"/> 1. 新規<br><input type="checkbox"/> 2. 開設者変更<br><input type="checkbox"/> 3. 開設場所変更<br><input type="checkbox"/> 4. 金融機関変更<br><input type="checkbox"/> 5. 口座変更<br><input type="checkbox"/> 6. 名称変更<br><input type="checkbox"/> 7. その他理由<br>( ) |        |          |
| 振込<br>金融<br>機関         | 銀行<br>信用金庫<br>農協   |                                   |             | 本店<br>支店    | 口座番号        |   |        | 普通<br>当座 |
| 変更前医療機関コード番号           |  |                                   | 院外処方箋の発行    |             |             |   |        |          |
|                        |  |                                   | 1. 無し 2. 有り |             |             |   |        |          |

## 記入上の注意

- 1 機関コード欄、記号番号欄は県より指定の際通知のあった記号番号等をご記入ください。
- 2 種別、表別は該当のところを○で囲んで下さい。  
なお病院、診療所の区分は医療法第一条によって○で囲んで下さい。
- 3 診療科目欄は主たるものから順次右へ次のように記入して下さい。  
  
(例)            内、    外、    小、    . . . . .
- 4 振込金融機関欄は連合会より診療（調剤）報酬の振込を希望される金融機関の本・支店名及び口座番号を必ず記入して下さい。  
なお、口座番号、預金名義人を振込金融機関において確認願う金融機関確認欄に押印のうえ届出ください。押印が困難な場合は通帳のコピー等口座の確認ができる書類を添付してください。  
金融機関を変更する場合も同様本書にて届出ください。