

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

国民健康保険療養費、後期高齢者医療療養費及び公費負担医療療養費については、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。

施術所コード台帳

| | | | | | | | | | |
|------------------------|----|----|-----------|-------------|------------------------------------------|------------------|----------|------------------|----------|
| ※コード 施術所 | 県別 | 表別 | 地区 コード | 施術所 コード | 施術項目 1. 柔道整復 2. はり、きゆう 3. マッサージ | 開設 | 昭和・平成・令和 | 免許証番号 | ★登録記号番号 |
| | | | | | | | 年 月 日 | | |
| フリガナ 施術所 術名 | | | | | フリガナ 請求者 | | | 電話 (局) | — |
| 郵便番号 | | | | フリガナ 所在地 | | | | | 金融機関確認 ▲ |
| — | | | | | | | | | 電算 手書 |
| フリガナ 受領者 (預金名義人) | | | | | 振込 金融機関 | 銀行 信用金庫 農協 | 本店 支店 | 口座番号 普通 当座 | ※摘要 |

記入上の注意点

1. ※印欄を除き該当箇所(太枠内)はすべて記入してください。
2. ★印欄は、登録記号番号を必ず記入して下さい。
3. 振込金融機関欄は、岐阜県国民健康保険団体連合会より施術に係る療養費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ひ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下さい。
4. ▲印欄は、申請書提出様式について「電算」又は「手書」のいずれか該当に○を付して下さい。