|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第８号 | |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | | **提出用①** |  |  |  | |
| **診療（調剤）報酬等取引銀行及び請求印鑑届** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① | 新規・変更の別 | 新規　　　　　　変更 | | | | | | | | | | | ■振込口座変更の場合  平成　　　年　　　月入金分から | | | | | | | | | | |
| ② | 点数表の区分 | 医科　　　歯科　　　薬局　　　訪問看護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ | 保険医療機関等 コード及び名称 | コード |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ | 保険医療機関等所在地 | 〒 | **―** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| TEL（　　　　－　　　－　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ | 開設者氏名 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ | 請求権者氏名 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ | 振込先  金融機関名 | 銀行コード | |  |  | |  | |  | 支店コード | | | | | |  | |  | |  |  | | |
| 銀行 | | | | | | | | | | | | 本店  支店 | | | | | | | | | |
| ⑧ | 口座番号 | 普通 | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | 右詰めで記入してください | | | | |
| 当座 | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| ⑨ | 口座名義人 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ | 受付年月日 （国保連使用欄） | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  | | 請求に使用する印鑑 | | | | | | | |
|  | 上記のとおり届出いたします。 | |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  | | ㊞ | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  | 平成　　　年　　　月　　　日 | |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  | 山形県国民健康保険団体連合会理事長　　殿 | | | | | |  | |  |  | |  | |  | |

**別紙①**

**「診療（調剤）報酬等取引銀行及び請求印鑑届」の記載要領**

1．届書は、太枠内の各欄について文字を明瞭に記入してください。

2．①「新規・変更の別」欄には、いずれか該当する事項を○で囲んでください。

3．②「点数表の区分」欄については、該当する点数表を○で囲んでください。

4．③「保険医療機関等コード及び名称」欄の「コード」には、7桁のコードを記入してください。

5．③「保険医療機関等コード及び名称」欄の「名称」、④「保険医療機関等所在地」及び⑤「開設者氏名」欄には、東北厚生局へ届け出た内容と同じものを記入してください。

6．⑤「開設者氏名」欄、⑥「請求権者氏名」欄及び「請求に使用する印鑑」欄の3か所に押印をお願いいたします。銀行印を使用される必要はございません。

7．⑦「振込先金融機関名」欄には、必ず本・支店名まで記入してください。

8．⑧「口座番号」欄については、普通預金・当座預金のいずれか該当する事項を○で囲み、口座番号を記入してください。

9．⑨「口座名義人」欄には、通帳に記載されている名義人をそのまま記入してください。

10．記載事項及び請求に使用する印鑑に変更が生じた場合は、速やかに本会に連絡のうえ手続きを行ってくださるようお願いいたします。

　　特に**振込先口座の変更は変更月の前月25日まで**本会に到着するよう届出ください。

11．振込先口座の登録を確実に行うために、必ず、**通帳の写し**を添付くださるようお願いいたします（通帳の写しは、**表紙と表紙裏の口座名義人がカタカナで記されている2ページ分**を提出くださるようお願いいたします）。

12．開設者と請求権者または受領者（口座名義人）が異なる場合は委任状（別途様式）を提出してください。（公的機関、定款に会計責任者の設置が明記されている場合は必要ありません。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **【記入例】** | |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |
| **診療（調剤）報酬等取引銀行及び請求印鑑届** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① | 新規・変更の別 | 新規　　　　　　　　変更 | | | | | | | | | | | ■振込口座変更の場合  平成　　　年　　　月入金分から | | | | | | | | | |
| ② | 点数表の区分 | 医科　　　歯科　　　　薬局　　　訪問看護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ | 保険医療機関等 コード及び名称 | コード | **１** | **２** | **３** | | **４** | | **５** | **６** | **７** | |  | | | | | | | | | |
| 名称 | **山　形　国　保　病　院** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ | 保険医療機関等所在地 | 〒 | **９９９　―　９９９９** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **寒河江市駅前１-２-３**  TEL（**０１２３－４５－６７８９**) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ | 開設者氏名 | フリガナ | | **ｲﾘｮｳﾎｳｼﾞﾝｺｸﾎｶｲ ﾘｼﾞﾁｮｳ　ﾔﾏｶﾞﾀﾀﾛｳ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療法人  国保会  **医療法人国保会　理事長　山形太郎**㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ | 請求権者氏名 | フリガナ | | **ｲﾘｮｳﾎｳｼﾞﾝｺｸﾎｶｲ ﾘｼﾞﾁｮｳ　ﾔﾏｶﾞﾀﾀﾛｳ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療法人  国保会  **医療法人国保会　理事長　山形太郎**　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ | 振込先  金融機関名 | 銀行コード | | **１** | **２** | | **３** | | **４** | **支店コード** | | | | | **５** | **６** | | **７** | |  | | |
| **月　山**　　銀行 | | | | | | | | | | | **寒河江**本店  **寒河江**支店 | | | | | | | | | |
| ⑧ | 口座番号 | 普通 | | **０** | | **１** | | **２** | | **３** | | **４** | | **５** | | **６** | | 右詰めで記入してください | | | | |
| 当座 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| ⑨ | 口座名義人 | フリガナ | | **イ）コクホカイ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **医療法人　国保会** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ | 受付年月日 （国保連使用欄） | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | | 請求に使用する印鑑 | | | | | | | |
|  | 上記のとおり届出いたします。 | |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | | 山形病院ノ印 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | 平成　**３０**　年　**４**　月　**１**　日 | | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |
|  | 山形県国民健康保険団体連合会理事長　　殿 | | | | | |  | |  |  |  | |  | |