

診療(調剤)報酬等振込金融機関(口座)変更届

令和 年 月 日

大阪府国民健康保険団体連合会 理事長 様

診療(調剤)報酬等振込金融機関(口座)を変更しますので、下記のとおりお届けします。

届出者 住所

氏名

電話 ()



機関コード	点数区分			
	医	歯	調	訪問看護
1	3	4	6	

保険医療機関名 (保険薬局名)	フリガナ		
保険医療機関 (保険薬局) 所在地	フリガナ 〒		
開設者名	フリガナ	受領者名	フリガナ

振込金融機関			
※銀行・支店コード	銀行	支店名 (フリガナ)	
		信用金庫	店

口座区分	口座番号	カナ
普通預金	1	口座名義
当座預金	2	
その他	9	

- ⑨ 1. 開設者名と受領者名(口座名義)が異なる場合は、委任状及び印鑑証明も併せてご提出願います。(ご連絡いただければ委任状の用紙を送付いたします。)
2. ※の項目は記入しないでください。
3. 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、個人情報の保護に関する法律第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。