

記載例
(新規の場合)

年 月 日

保険医療機関等の請求及び受領に関する届

診療報酬等の請求及び受領に関し、下記のとおり記入のうえ届出いたします。

兵庫県国民健康保険団体連合会理事長 殿

開設者の住所及び氏名
 住所 兵庫県神戸市中央区三宮町1丁目9番1こくほビル1801号
 氏名 医療法人社団 コクホ会 こくほ診療所
 理事長 国保 太郎

「開設者の住所及び氏名」
 【個人の場合】
 住所:住民票の住所
 氏名:開設者個人名
 【法人の場合】
 住所:主たる事務所の所在地
 氏名:法人名と代表者の職氏名

「機関コード番号」
 近畿厚生局から指定されたとおりに記入ください。

機関コード番号	5 1 9 9 9 9 9	表別	①.医科 3.歯科 4.調剤 6.訪看
		種別	国立・公立・大学・ <u>法人</u> ・個人 病院・ <u>診療所</u>
フリガナ	コクホシンリョウシヨ		
機関名	こくほ診療所		
フリガナ	郵便番号	コウベンチュウオウクサンノミヤチョウ	
所在地	6 5 0 - 0 0 2 1	神戸市中央区三宮町1丁目9番1こくほビル1801号	
フリガナ	リジチョウ コクホ タロウ	TEL	(078) 332-5601
請求者	理事長 国保 太郎	FAX	(078) 332-9529
		緊急連絡先	(078) 332-9532
振込	銀行名	国保 <u>銀行</u> 信金 信組	銀行番号 9 9 9 9 支店名 三宮 <u>本店</u> 支店番号 9 9 9
	預金種別	<u>普通</u> ・当座・別段	口座番号 (7ケタ) 9 9 9 9 9 9 9
	受領者名フリガナ (口座名義人カナ) ※濁点・半濁点・記号・スペースでひとマス使用		
銀行	イ) コクホカイ	コクホシンリョウシヨ	
	受領者名漢字 (口座名義人漢字)		
	医療法人社団 コクホ会 こくほ診療所		
指定	令和 3 年 4 月 1 日	旧機関コード番号	5 1 9 9 9 9 8
届出理由 (該当の番号及び項目に全て○をつけてください)			
①	新設 (新たに保険医療機関コードの指定を受けたもの)		令和3 年 4 月 1 日 開設
2	振込情報変更		() 月振込分から振込情報変更
	名称・所在地・開設者・その他変更 ()		年 月 日 変更

「機関名」
 「所在地」
 「電話番号」
 「指定年月日」
 近畿厚生局から指定されたとおりに記入してください。

「請求者」
 個人の場合:開設者個人名
 法人の場合:代表者の職氏名

「振込銀行」
 個人の場合:開設者個人名義
 法人の場合:開設者法人名義の口座を記入してください。
 【添付書類】
 振込銀行口座の通帳コピー
 (通帳表紙裏の見開き部分の銀行支店名、口座番号、口座名義(カナ)記載のページ)

「旧機関コード番号」
 個人から法人、移転、親子相続等による新設の場合、記載してください。

送付先及び問い合わせ先
 〒650-0021
 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号
 兵庫県国民健康保険団体連合会
 支払調整課 請求支払係
 TEL:078-332-9532
 ※提出期日に間に合わない場合は、届出用紙を事前にFAXで送付してください。
 FAX:078-332-9529(請求支払係)

*通帳写しを添付してください。(銀行支店名、口座番号、口座名義(カナ)が確認できるページ)
 *記入上の注意については裏面を参照してください。

記載例
(変更の場合)

保険医療機関等の請求及び受領に関する届

診療報酬等の請求及び受領に関し、下記のとおり記入のうえ届出いたします。

兵庫県国民健康保険団体連合会理事長 殿

開設者の住所及び氏名
 住所 兵庫県神戸市中央区三宮町1丁目9番1こくほビル1801号
 氏名 医療法人社団 コクホ会 こくほ診療所
 理事長 国保 太郎

「開設者の住所及び氏名」

【個人の場合】
住所:住民票の住所
氏名:開設者個人名

【法人の場合】
住所:主たる事務所の所在地
氏名:法人名と代表者の職氏名

「機関コード番号」

近畿厚生局から指定されたとおりに記入ください。

機関コード番号	5 1 9 9 9 9 9	表別	①.医科 3.歯科 4.調剤 6.訪看
		種別	国立・公立・大学・ <u>法人</u> ・個人 病院・ <u>診療所</u>
フリガナ	コクホシンリョウシヨ		
機関名	こくほ診療所		
フリガナ	郵便番号	コウベンチュウオウクサンノミヤチョウ	
所在地	6 5 0 - 0 0 2 1	神戸市中央区三宮町1丁目9番1こくほビル1801号	
フリガナ	リジチョウ コクホ タロウ	TEL	(078) 332-5601
請求者	理事長 国保 太郎	FAX	(078) 332-9529
		緊急連絡先	(078) 332-9532
振込	銀行名	国保 <u>銀行</u> 信金 信組	銀行番号 9 9 9 9 支店名 三宮 本店 支店番号 9 9 9
	預金種別	<u>普通</u> ・当座・別段	口座番号 (7ケタ) 9 9 9 9 9 9 9
	受領者名フリガナ (口座名義人カナ) ※濁点・半濁点・記号・スペースでひとマス使用		
銀行	イ) コクホカイ	コクホシンリョウシヨ	
	受領者名漢字 (口座名義人漢字)		
	医療法人社団 コクホ会 こくほ診療所		
指定	令和 3 年 4 月 1 日	旧機関コード番号	5 1 9 9 9 9 8
届出理由 (該当の番号及び項目に全て○をつけてください)			
1	新設 (新たに保険医療機関コードの指定を受けたもの)		年 月 日 開設
②	<u>振込情報変更</u>		(8) 月振込分から振込情報変更
	名称・所在地・ <u>開設者</u> ・その他変更 () 令和3年 7 月 1 日 変更		

「請求者」

個人の場合:開設者個人名
法人の場合:代表者の職氏名

「機関名」

「所在地」
「電話番号」
「指定年月日」

近畿厚生局から指定されたとおりに記入してください。

「振込銀行」

個人の場合:開設者個人名義
法人の場合:開設者法人名義
の口座を記入してください。

【添付書類】

振込銀行口座の通帳コピー
(通帳表紙裏の見開き部分の
銀行支店名、口座番号、口座名義
(カナ)記載のページ)

※振込銀行の変更は、毎月20日締切り、翌月支払分以降からの変更となります。

「旧機関コード番号」

個人から法人、移転、親子相続等による新設の場合、記載してください。

送付先及び問い合わせ先

〒650-0021
神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号
兵庫県国民健康保険団体連合会
支払調整課 請求支払係
TEL:078-332-9532

※提出期日に間に合わない場合は、届出用紙を事前にFAXで送付してください。
FAX:078-332-9529(請求支払係)

※通帳写しを添付してください。(銀行支店名、口座番号、口座名義(カナ)が確認できるページ)

※記入上の注意については裏面を参照してください。