様式第3号

保険医療機関等連絡票

伝票番号
21

処理区分			
新規 1	修正 2	廃止 3	その他 4
		X	

異動年月日			
年号	年	月	日
令和			

《提出先》岩手県国民健康保険団体連合会 管理係
〒020-0025 盛岡市大沢川原3丁目7番30号
電話 019-623-0951

網掛けされていない項目を記入（捺印）願います。

保険医療機関コード										種別コード					経営主体	地区区分	病院区分	機関形態	歯科併設	標榜診療科目コード								郵便番号	電話番号
府県		表	地区		機関番号				C/D	□	□	□	□	□						主	1	2	3	4	5	6	7		
										医科1	歯科3	調剤4	柔整5	看護6															
0	3																												

フリガナ（カタカナ）	
保険医療機関名称	

標榜診療科目名	（主）

旧機関コード							
0	3						

フリガナ（カタカナ）	
開設者氏名	

フリガナ（カタカナ）	
保険医療機関所在地 *市郡から記入願います*	

振込情報変更箇所	□ 金融機関名	□ 支店名	□ 預金種目	□ 預金口座番号	□ 預金口座名義人

注） 変更する箇所の□を■としてください。なお、※欄は必ず記入願います。

金融機関情報	金融機関名		支店名		店	預金種目		
						□ 当座 1	□ 普通 2	□ 別段 3
	銀行コード		支店コード		預金口座番号（右詰で記入）			

※変更後振込情報で振込を始める年月
令和 年 月振込分より

フリガナ（カタカナ）	
預金口座名義人	

作成年月日 令和 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

印

連合会使用欄
※振込口座変更依頼による

【 令和3年4月版 岩手県国保連合会管理係作成 】