様式第3号

保険医療機関等連絡票

《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

伝票番号	処理区分	異動年月日
21	新1 修正2 廃3 その他4	年号 年 月 日 令和

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 府県表	地区	機関番号	C/D	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 主	1	2	3	4	5	6	7	郵便番号	電話番号
0 3 5				□医科1 □歯科3 □調剤4 ■柔整5 □看護6															

フリガナ（カタカナ）	
柔道整復施術所名称	
標榜診療科目名	（主）
旧機関コード	0 3
フリガナ（カタカナ）	
柔道整復師氏名（受領委任の施術管理者）	
フリガナ（カタカナ）	
柔道整復施術所所在地 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			
銀行コード		支店コード		預金口座番号（右詰で記入）		□当座1	□普通2	□別段3

※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
登録記号番号	協 — —
柔道整復施術所の所在地及び名称	
柔道整復師氏名（受領委任の施術管理者）	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 】