風しんの抗体検査・風しんの第５期定期接種に係る費用の請求及び受領に関する届

20　　年　　月　　日　提出

岩手県国民健康保険団体連合会　御中

開設者（代表者）　住所

氏名　　印

風しんの抗体検査等に係る費用の請求及び受領に関する届を下記のとおり記入･捺印のうえ提出いたします。

医療機関等番号					
フリガナ		ＴＥＬ	―　―	連合会使用欄	
医療機関等名称		ＦＡＸ	―　―		
郵便番号	―	振込先	金融機関コード		
フリガナ		支店名	支店コード		
所在地		預金種目	1：普通　2：当座	該当番号に〇を付けて下さい。	
		口座番号		右詰で記載して下さい。	
フリガナ		フリガナ			
請求者		口座名義人※			

	届出理由(該当番号に〇を付けて下さい。)	請求開始（変更）年月	旧医療機関等番号
1	新設	20　年　月　より	
2	請求者または口座名義人の変更		
3	振込先及び口座番号の変更		
4	その他（　　）		

備　考　※いずれかの番号に〇を記入し、③とした場合のみ、右上の口座情報の記入をお願いします。

1　診療報酬と同一口座へ振込

2　特定健診と同一口座へ振込

3　上記1・2以外の口座へ振込

※本届に併せて預金通帳の表紙と表紙裏面（口座名義人のフリガナが記載されている頁）のコピーを添付願います。（口座情報の記入を省略する場合にも提出願います。）

※開設者（代表者）と口座名義人が異なる場合には、委任状も添付いただく必要があります。