

# 誓 約 書

医療機関名

(旧医療機関番号 ) の国民健康保険診療報酬等の請求及び受領に関して私が一切の責任を負い、国民健康保険診療報酬等受領後に生じた過誤等については、下記方法により支払います。

平成 年 月 日

届 出 者

住 所 〒

医療機関名

開設者氏名

印  
(実印)

現在連絡できる  
電 話 番 号

記

過誤の支払方法 (番号を○で囲んで下さい。)

- 1 現金による振込みを希望する。
- 2 他機関 (継続新規・系列) 診療報酬からの過誤調整を希望する。

※2 を希望する場合

医療機関番号

所 在 地

医 療 機 関 名

開 設 者 氏 名

印  
(実印)

電 話 番 号

【記入例】

誓 約 書

医療機関名・医療機関番号を記入して下さい。

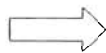


\*\*\*\*\* (旧医療機関番号 \*\*\*\*\*) の国民健康保険診療報酬等の請求及び受領に関して私が一切の責任を負い、国民健康保険診療報酬等受領後に生じた過誤等については、下記方法により支払います。

平成 年 月 日

届 出 者

・医療機関を廃止された場合は連絡先を記入してください。  
・医療機関を継続された場合は新しい医療機関の所在地、名称を記入してください。変更がない場合でも記入が必要です。  
・移転等をした場合は、移転先の新しい住所を記入してください。



住 所

電 話 番 号

医 療 機 関 名

開 設 者 氏 名

印  
(実印)

記

過誤の支払方法 (番号を○で囲んで下さい。)

- 1 現金による振込みを希望する。
- 2 他機関 (継続新規・系列) 診療報酬からの過誤調整を希望する。

1を希望されると、過誤調整後の当月支払額が「マイナス」となった場合に、連合会から送付する「納付書」により、銀行から納付していただくこととなります。

※2を希望する場合

2を希望された方のみ、新しい医療機関番号、名称及び住所等の連絡先を記入してください。



医 療 機 関 番 号

所 在 地

医 療 機 関 名

開 設 者 氏 名

電 話 番 号

2を希望されると、過誤調整後の当月支払額が「マイナス」となった場合、ここに記載された医療機関にて調整をいたします。  
また、月遅れ等のレセプトにおいても新しい機関コードに読替えて処理をいたします。  
※変更等により新しい医療機関番号がある場合に該当します。ただし、納付書にて支払を希望する場合は「1」となります。

印

(実印)