

国民健康保険診療（調剤）報酬等請求及び受領に関する届出書の提出について

標記について、本会における診療（調剤）報酬等の審査支払事務の円滑な処理を行うため、「国民健康保険診療（調剤）報酬等請求及び受領に関する届出書」の提出をお願いしております。

つきましては、下記要領に沿って所定の事項を記入し必要書類を添付のうえ、摘要診療年月分の診療（調剤）報酬明細書提出（受付）時に併せて本会あてご提出くださいますようお願いいたします。

なお、診療（調剤）報酬明細書提出締切日（毎月 10 日）が届出書提出締切日となります。締切日までにご提出がない場合、登録処理に期日を要するため支払遅延等になる場合がありますのであらかじめご了承ください。

添付書類：預金通帳表紙裏面コピー・印鑑証明・法人の場合は登記簿謄本
(必須)

委任状及び印鑑証明書 1. 開設者と口座名義人が異なる場合
2. 開設者と届出人が異なる場合

記

1. 開設者氏名 関東信越厚生局にて申請・承認された名称を記入してください。(法人名、役職名にご注意下さい)
2. 管理者氏名 関東信越厚生局にて申請・承認された氏名を開設者と異なる場合のみ記入してください。
3. 摘要診療年月 届出口座への振込を希望する診療報酬明細書の診療月を記入してください。
(診療月の翌々月 26 日頃の振込です。)
4. 受領金融機関・支店名 振込を希望する金融機関名及び支店名を記入してください。
5. 口座科目 該当する科目を○で囲んでください。
6. 口座番号 7 桁の口座番号を記入してください。
7. 口座名義人 預金通帳に記載されている口座名義人名を全文字記入してください。
8. 印 鑑 実印（法人の場合 法人印）を押印してください。

送付先：茨城県国民健康保険団体連合会 審査管理課 管理係あて
〒310-0852 水戸市笠原町 978 番 26 (茨城県市町村会館内)
TEL 029-301-1557 / FAX 029-301-1577

国民健康保険診療(調剤)報酬等請求及び受領に関する届出書

届出先: 茨城県国民健康保険団体連合会 / 〒310-0852水戸市笠原町978番26
 FAX 029-301-1577 / TEL 029-301-1557

医療機関(薬局)コード	0	8							
保険医療機関(薬局)名称									
保険医療機関(薬局)所在地									
開設者									
管理者 (開設者と異なる場合)									
摘要診療年月	平成		年		月診療分(年		月振込分)より	
受領金融機関名					支店名				
口座科目	普通				当座	別段		その他	
口座番号								/	
フリガナ									
口座名義人									

茨城県国民健康保険団体連合会 理事長 殿

上記のとおり届出いたします。

平成 年 月 日

保険医療機関(薬局)名称

届 出 人
(開設者または管理者)



(実印を押印してください)

委任状

平成 年 月 日

茨城県国民健康保険団体連合会

理事長 殿

委任者 医療機関(薬局)コード

保険医療機関(薬局)名称

住 所

開 設 者 名

印

(実印を押印してください)

私は下記の者を代理人と定め国民健康保険診療(調剤)報酬等の受領に関する
権限を委任いたします。

記

受任者 住 所

法人名称

代表者氏名

電話番号

印

委任状

平成 年 月 日

茨城県国民健康保険団体連合会

理事長 殿

委任者 医療機関(薬局)コード

保険医療機関(薬局)名称

住 所

開 設 者 名

印

(実印を押印してください)

私は下記の者を代理人と定め国民健康保険診療(調剤)報酬等請求及び受領に関する届出書提出に関する権限を委任いたします。

記

受任者 住 所

法人名称

代表者氏名

電話番号

印