

診療報酬振込口座変更届

私が受領すべき診療報酬の振込金融機関口座を下記のとおり変更したいのでお届けします。

記

1. 変更後

新	振込指定銀行名	預金種類	口座番号	フリガナ 口座名義人
	銀行	支店		

2. 変更前

旧	振込指定銀行名	預金種類	口座番号	口座名義人
	銀行	支店		

3. 変更理由

--

令和 年 月 日

沖縄県国民健康保険団体連合会
理事長 殿

届出者

保険医療機関
コード

--	--	--	--	--	--	--

所在地

保険医療機関
名称

開設者名

印

担当者名：

連絡先：

注.

注1. 所定の各項目をすべて記入のうえ、届出者が法人の場合は代表者から、その他の場合は開設者あるいは指定老人訪問看護事業者からお届け願います。

注2. 届出者の印は実印を使用し、印鑑証明書を添付して下さい。印鑑証明書のない場合、この届は無効となります。

注3. この届は、取引銀行窓口において口座番号・預金名義人等確認のうえ、確認欄に押印し提出して下さい。(通帳の写しも添付して下さい。)

※ なお、毎月10日までに提出された分については、翌月振込分より変更となります。

銀行確認欄			
店番号			