

診療報酬振込口座変更届 (例)

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

	振込指定銀行名	預金種類	口座番号	口座名義人(名称)
新	00銀行こくほ支店	普通	1234567	イ)コクホ コクホタロウ 医療法人国保 国保太郎

2. 変更前

	振込指定銀行名	預金種類	口座番号	口座名義人
旧	KK銀行国支店	普通	7654321	国保 太郎

3. 変更理由

[Empty box for change reason]

提出日→平成30年 2月 9日

沖縄県国民健康保険団体連合会
理事長 殿

口座変更を行う保険医療機関
コードを記入してください。

(47.1.01.2333.4の場合)

0	1	2	3	3	3	4
---	---	---	---	---	---	---

届出者 保険医療機関
コード

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。

所在地
名称
開設者名

那覇市西3-14-18
国保診療所
法人国保 国保太郎

実印

担当者名：国保 花子
連絡先：098-000-0000

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からお届け願います。
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。
3. この届けは、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ください。)

銀行確認欄

○
○
銀行

※ 毎月10日締切後、翌月振込分より変更となります。

銀行窓口にて、銀行の確認印をいただいで下さい。
確認印のない場合、この届は無効となります。

通帳写しの添付を忘れずをお願いします。

*通帳表紙の表

《口座番号・名義人確認のため》

*裏(内側)

《口座名義人フリガナ確認のため》