

診療科コード

発布番号

形態コード			
国病	01	他法病	09
国療	11	個病	10
公病	02	公診	12
他公病	03	他公診	13
国大	04	法診	17
公大	05	福診	18
私大	06	他法診	19
法大	07	個診	20
福病	08		
	50		51

国民健康保険診療(調剤)報酬 振込銀行指定及び印鑑届

区分	新規	0
	変更	1
	取消	9
		1

医療機関コード						
都道府県	点表	地区	番号	cd		
		0	1	2	3	4
2						11

点数表区分	
医	歯
3	4
12	

1	受理年月日	保険医療機関名																														
	年 月 日	国保病院																														
13	14	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49

2	郵便番号	保険医療機関の所在地																																					
	0 6 0 0 0 6 2	札幌市中央区南2条西14丁目																																					
13	14	NP	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56

3	銀行コード	支店コード	金融機関名										支店名																									
			北洋										札幌																									
13	14	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56

預金種類	普通	口座番号										受領者(口座名義人)																											
	当座 2	9 8 7 6 5 4 3										国保病院 院長 国保 太郎																											
13	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90

4	郵便番号	送付人先住所																																					
13	14	NP	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56

送付人氏名																													
57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86

5	保険者番号			

摘要

北海道国民健康保険団体連合会理事長 様

平成 年 月 日

住 所 札幌市中央区南2条西14丁目

開設者 (名称) 国保病院

代表者 国保太郎

印

請求書に使用する印鑑で捺印してください

診療(調剤)報酬 請求書に使用する印鑑	受付印	医療機関の電話番号を記入ください
平成		
年	電話番号	
月	(011) 231-5161	
日届出	点数表区分	
	医・歯・薬	

点表区分を で囲み、診療科目を記載してください

記載要領

1. 太枠の部分のみ記入して下さい。
2. フリガナは全てカタカナで記入し、半濁点、濁点は一字と見なして記入下さい。
3. 保険医療機関の所在地と送付先住所が相異なる場合のみ4コードに記入下さい。
4. 口座番号は右側から埋めて下さい。
5. 改印又は受領者を変更したいときは、当連合会に直接用紙を請求して下さい。
6. 振込銀行及び口座番号を変更したいときは、当連合会に届出の印鑑を押印した文書により届けて下さい。