

# 同意書

北海道国民健康保険団体連合会 様

医療機関コード

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

医療機関所在地

医療機関名

開設者氏名



北海道国民健康保険団体連合が取得している私の口座情報（金融機関名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義人）について、各保険者が行う重度・ひとり親等の請求事務にかかる事務手数料の支払口座情報として、保険者に提供することを同意いたします。

## 記

情報提供については、17年4月からとする。

ただし、この同意書の取消を行う場合には、同意取消書を北海道国民健康保険団体連合会に対し提出することとする。

### 同意書の留意事項

開設者氏名の押印は、診療報酬請求書に使用する印鑑を使用してください。

（新規）

# 不 同 意 書

北海道国民健康保険団体連合会 様

医療機関コード

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

医療機関所在地

医 療 機 関 名

開 設 者 氏 名



北海道国民健康保険団体連合会が取得している私の口座情報（金融機関名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義人）について、各保険者が行う重度・ひとり親等の請求事務にかかる事務手数料の支払口座情報として、保険者に提供することを同意いたしません。

不同意書の留意事項  
開設者氏名の押印は、診療報酬請求書に使用する印鑑を使用してください。

（新規）