

本届出用紙が必要な場合は下記の連絡先まで
ご連絡願います

発行番号

本会で付番します

振込指定銀行変更届

平成 年 月 日

北海道国民健康保険団体連合会理事長 様

開設者 住所
名称
代表者

印

(診療報酬請求書に使用する印鑑)

貴連合会から支払いを受ける国民健康保険診療報酬の受領に関し、振込指定
銀行を変更しますので下記のとおり届けます。

記

通帳の表紙をめぐりカタカナで
記載されている名義を記入して
ください(フリカナではありません)

保険医療機関(保険薬局)コード			
保険医療機関(保険薬局)名			
機 関 住 所			
受 領 者	(カナ文字)		
	口座名義人	受領者欄は本会で確認のために使用するもので 名義(受領者)変更はこの変更届ではできませ ん。名義変更の場合は下記の連絡先まで連絡願 います。	
点数区分	医科・歯科・調剤		
旧振込指定銀行	銀 行	支 店	
新振込指定銀行	銀 行	支 店	
	預金種類	口座番号	
	普通・当座		
変更希望月	月振込分より		
担当者氏名			

通帳の表紙に記載
されている名義を
記入してください

注1

注2

注3

必ず記入してく
ださい

注1 預金種類は該当区分を で囲んでください。

注2 口座番号は右詰めで記入してください。

注3 担当者氏名は届の記入を行った担当者の氏名を記載してください。

連絡先 システム管理部システム管理課システム運用係 011-231-5161 (内)3333