

診療報酬等の振込先とは別の口座を支払先口座として指定する際の様式の記載方法

新型コロナワクチン接種に係る費用の請求及び受領に関する届

① 20 年 月 日 提出

秋田県国民健康保険団体連合会 御中

開設者（代表者） 住所
氏名 ②

新型コロナワクチン接種に係る費用の請求及び受領に関する届を下記のとおり記入のうえ提出いたします。

医療機関等番号	③		
フリガナ	④	TEL	⑧ -
医療機関等名称		FAX	⑨ -
郵便番号	⑤	金融機関コード	
フリガナ		振込先	⑩
所在地	⑥	支店コード	
		支店名	⑪
フリガナ	⑦	預金種目	⑫ 普通 2: 当座 <small>該当番号に○を付けて下さい。</small>
		口座番号	⑬ <small>右詰で記載して下さい。</small>
フリガナ	⑦	フリガナ	⑭
請求者		受領者※ (口座名義人)	
届出理由(該当番号に○を付けて下さい。)		請求開始(変更)年月	旧医療機関等番号
1 新設		⑬ 20 年 月 より	⑮
2 請求者または口座名義人の変更			
3 振込先及び口座番号の変更			
4 その他()			
備考			

※開設者（代表者）と受領者（口座名義人）が異なる場合には、委任状も添付いただく必要があります。

- ① 提出年月日
- ② 開設者の住所及び氏名
(開設者が法人の場合は法人名と代表者名)
- ③ 医療機関番号又は健診機関番号(10桁)
- ④ 医療機関名称又は健診機関名称
- ⑤ ④の所在地郵便番号
- ⑥ ④の所在地(フリガナも記載)
- ⑦ 請求者の氏名(フリガナも記載)
- ⑧ ④の電話番号
- ⑨ ④のFAX番号
- ⑩ 振込先金融機関の名称と金融機関コード(4桁)
- ⑪ 振込先金融機関の本店・支店名称と支店コード(3桁)
- ⑫ 該当する口座種目番号に○印
- ⑬ 振込先金融機関の口座番号(右詰)
- ⑭ 通帳等に記載されている口座名義人(フリガナ)も記載
- ⑮ 該当する届出理由番号に○印
- ⑯ 請求の開始又は届け出内容に変更が発生する年月
- ⑰ 医療機関番号に変更が生じた場合のみ旧医療機関番号を記載