

# 振込口座情報報告書

平成 年 月 日

所在地

団体名等

代表者（氏名）

印

群馬県国民健康保険団体連合会理事長 様

登録記号番号	契	新規 ・ 変更	
フリガナ			フリガナ
施術所名			施術管理者名
フリガナ			
同所在地			
郵便番号		電話番号	
振込金融機関	銀行 ・ 信組 信金 ・ 農協		本店 ・ 支店
口座番号	普通 ・ 当座 ・ その他	番	
フリガナ			
預金名義人			
変更内容等	(新規) 平成 年 月 施術分から指定になります。 (変更) 平成 年 月 振込分から変更になります。(所在地 ・ 金融機関 ・ 口座番号 ・ 預金名義人)		
旧番号のレセプトの過誤は、新番号の請求から調整させて頂いてよろしいでしょうか。 <sup>2</sup> ( はい ・ いいえ )			

- ※ 1 振込相違を防ぐため、通帳の表紙及び通帳を開いた1ページ目（店番号、口座番号、預金名義人のカナが記載されているページ）の写しを添付してください。
- 2 金融機関等の変更については、変更内容等に記載した月の前月の15日までに本会宛に提出してください。16日以降の提出になると変更手続きが間に合いませんので、翌々月の変更となります。
- 3 登録記号番号に変更があった場合、記載してください。