

保険医療機関（薬局）新規・変更報告書

平成 年 月 日

群馬県国民健康保険団体連合会 御中

住所
届出者
(開設者)

氏名

(開設者印)

医療機関（薬局）コード		点数表	医科・歯科・調剤			
フリガナ						
名称						
フリガナ						
所在地						
	郵便番号			電話番号		
フリガナ				フリガナ		
開設者名				請求者名		
届出口座への 振込変更年月	年 月振込分から変更			フリガナ		
				預金名義		
フリガナ			フリガナ	科目	口座番号	
振込金融機関名			本・支店名	普通・当座		

* 1 機械に登録する関係で、記入頂いた文字の中に外字が含まれている場合、常用漢字に変換させて頂く場合がございますので、予めご了承ください
 2 保険医療機関（薬局）コードが変更になった場合は記載してください。