

訪問看護ステーション新規・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
(事業者)

氏名

(開設者印)

ステーションコード					
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	(請求者印)
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	
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。 ² (はい ・ いいえ)					

* 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 ステーションコードが変更になった場合は記載してください。