訪問看護ステーション新規・変更報告書

 　　　　　　　　　　令和　　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。