

【新設の届出記入例】  
新設の場合は全て記入してください。

④医療機関コード  
中国四国厚生局にて承認された医療機関コードを記入します。  
※付番されていない場合は空欄でかまいません。

⑥届出理由  
該当届出理由『新設』の番号『1』に○をつけます。  
併せて中国四国厚生局にて承認された開設年月日を記入します。

⑦名称  
中国四国厚生局にて承認された名称を記入します。

⑧所在地  
中国四国厚生局にて承認された請求行為を行う事業所の所在地を記入します。

⑨開設者(法人の場合は代表者)  
中国四国厚生局にて承認された個人の場合は氏名を、法人の場合は代表者を記入します。  
(職名は不要です。)

⑫振込情報(受領者名フリガナ)  
診療報酬等の受領者名フリガナ(口座名義人カナ)を記入します。  
※濁点・半濁点・記号・スペースでひとマス使用します。  
※登録内容確認のため、口座番号及び口座名義人カナが記載されているページの通帳のコピーを添付してください。

⑭振込情報(銀行名)  
振込を希望する口座の銀行名を記入します。  
※銀行番号の記入は任意です。

⑯振込情報(預金種別)  
該当の種別に○をつけます。

診療報酬等の請求及び受領に関する届出

保険者等から支払を受ける診療(調剤)報酬につき、貴会から保険者等に請求し、貴会から受領すること  
に同意し、これに関し、下記のとおり届出いたします。

岡山県国民健康保険団体連合会理事長 殿

開設者の住所及び氏名

(法人の場合の住所は、主たる事務所の所在地

氏名は法人名と医療機関名称、代表者の職氏名)

住所 岡山市北区桑田町17番5号

氏名 医療法人 コクホ会 こくほ診療所

理事長 国保 太郎

必須項目									
医療機関コード	9	9	9	9	9	9	9	⑤	点数表区分
④									1. 医科 6. 訪看
									3. 歯科 9. 柔整
届出理由(該当の番号及び項目に全て○をつけてください)									
⑥	1	新設(新たに保険医療機関コードの指定を受けたもの) 令和元年 8 月 1 日 開設							
	2	振込情報変更 ( ) 月振込分から振込情報変更							
		名称・所在地・開設者・その他変更 年 月 日 変更							
		( ) 月発送分支払額通知書から宛名情報変更希望(※名称・所在地・開設者変更の場合)							

変更項目(新設の場合は全て記入してください)										
フリガナ	イリヨウホウジン コクホカイ コクホシンリョウジョ									
⑦	名称	医療法人 コクホ会 こくほ診療所								
フリガナ	郵便番号	オカヤマシキタクワタチョウ パン ゴウ								
⑧	所在地	7	0	0	-	8	5	6	8	
		岡山市北区桑田町17番5号								
フリガナ	コクホ タロウ									
⑨	開設者	国保 太郎								
(法人の場合は代表者)										
受領者名フリガナ(口座名義人カナ)	※濁点・半濁点・記号・スペースでひとマス使用									
⑫		イ	)	コ	ク	ホ	カ	イ	コ	
		ク	ホ	シ	ン	リ	ョ	ウ	シ	
		ョ								
受領者名漢字(口座名義人漢字)	⑬									
振込		医	療	法	人	コ	ク	ホ	会	
⑭		こ	く	ほ	診	療	所			
情報										
⑮	銀行名	国保	銀行番号	9	9	9	9	支店名	岡山	
	⑯	普通	口座番号	9	9	9	9	9	9	
		当座	(7ケタ)							
⑰	預金種別									

※登録内容確認のため、口座名義人カナ及び口座番号が記載されているページの通帳のコピーを添付してください。

※本届出の内容のうち、個人情報に該当する事項については、国民健康保険団体連合会の業務に用いるものであり、個人情報の保護に関する法律第16条第3項に定める場合のほか、本人の同意なくして他の利用目的に使用することはありません。  
※届出理由に関わらず、指定年月日の前月25日必着(持参可)

！ 注意事項！

③開設者と④請求者又は⑤受領者が異なる場合は「委任状」を提出してください。

①提出日  
「診療報酬等の請求及び受領に関する届出」を国保連合会に提出する日を記入します。

②開設者の住所及び氏名  
医療機関等の開設者の住所及び氏名を記入します。  
(法人の場合の住所は、主たる事務所の所在地、氏名は法人名と医療機関名称、代表者の職氏名を記入します。)

③印鑑  
診療報酬請求書等に使用する印鑑を押印します。  
※浸透印(シャチハタ等)以外

⑤点数表区分  
該当のものに○をつけます。

⑩電話番号  
請求行為を行う事業所の電話番号を記入します。

⑪FAX番号  
請求行為を行う事業所のFAX番号を記入します。

⑬振込情報(受領者名漢字)  
診療報酬等の受領者名漢字(口座名義人漢字)を記入します。  
※濁点・半濁点・記号・スペースでひとマス使用します。

⑮振込情報(支店名)  
振込を希望する口座の支店名を記入します。  
※支店番号の記入は任意です。

⑰振込情報(口座番号)  
振込を希望する口座の口座番号を7ケタで記入します。

【名称・所在地・開設者・  
その他変更の届出記入例】

④医療機関コード  
中国四国厚生局にて承認された医療機関コードを  
記入します。  
※付番されていない場合は空欄でかまいません。

⑥届出理由  
該当届出理由『変更』の番号『2』及び変更項目に  
○をつけます。  
併せて中国四国厚生局にて承認された変更年月  
日を記入します。  
『名称・所在地・開設者』の変更の場合は支払額  
通知書宛名情報変更希望月も記入します。  
※変更日が1日の場合は変更月の翌月発送分よ  
り宛名情報の変更が可能です。変更日が1日  
以外の場合は変更月の翌々月発送分より宛名情  
報変更となります。

該当の変更項目を記入します。

⑦名称  
中国四国厚生局にて承認された名称を記入しま  
す。

⑧所在地  
中国四国厚生局にて承認された請求行為を行う  
事業所の所在地を記入します。

⑨開設者（法人の場合は代表者）  
中国四国厚生局にて承認された個人の場合は  
氏名を、法人の場合は代表者を記入します。  
（職名は不要です。）

⑩電話番号  
請求行為を行う事業所の電話番号を記入します。

⑪FAX番号  
請求行為を行う事業所のFAX番号を記入します。

診療報酬等の請求及び受領に関する届出

保険者等から支払を受ける診療（調剤）報酬につき、貴会から保険者等に請求し、貴会から受領することに  
同意し、これに関し、下記のとおり届出いたします。

岡山県国民健康保険団体連合会理事長 殿

開設者の住所及び氏名

（法人の場合の住所は、主たる事務所の所在地

氏名は法人名と医療機関名称、代表者の職氏名）

住所 岡山市北区桑田町99番9号

氏名 岡山国保診療所

国保 次郎

必須項目												
医療機関 コード	9	9	9	9	9	9	9	⑤点数表区分	1. 医科 6. 訪看	3. 歯科 9. 柔整	4. 調剤	
届出理由（該当の番号及び項目に全て○をつけてください）												
⑥1	新設（新たに保険医療機関コードの指定を受けたもの）								年	月	日	開設
②	振込情報変更								（ ）月振込分から振込情報変更			
	⑦名称・⑧所在地・⑨開設者・その他変更								令和元 年 8 月 1 日 変更			
	（ 9 ）月発送分支払額通知書から宛名情報変更希望（※名称・所在地・開設者の変更の場合）											

変更項目（新設の場合は全て記入してください）																				
フリガナ	コクホジロウシンリョウシヨ																			
⑦名称	こくほじろう診療所																			
フリガナ	郵便番号																			
⑧所在地																				
フリガナ											⑩電話 番号	（ ）		-						
⑨開設者 （法人の場合 は代表者）											⑪FAX 番号	（ ）		-						
受領者名フリガナ（口座名義人カナ） ※濁点・半濁点・記号・スペースでひとマス使用																				
⑫																				
受領者名漢字（口座名義人漢字）																				
⑬振込 情報																				
⑭	銀行名	銀行 金庫 組合 その他				銀行 番号					⑮支店名	本 店 支		支店 番号						
⑯	預金 種別	普通 ・ 当座	⑰口座 番号 （7ケタ）									連合会記入欄								

※登録内容確認のため、口座名義人カナ及び口座番号が記載されているページの通帳のコピーを添付  
してください。

※本届出の内容のうち、個人情報に該当する事項については、国民健康保険団体連合会の業務に用いる  
ものであり、個人情報の保護に関する法律第16条第3項に定める場合のほか、本人の同意なくして他の  
利用目的に使用することはありません。

※届出理由に関わらず、指定年月日の前月25日必着（持参可）

令和元年 7月 25日提出

①提出日  
「診療報酬等の請求及び受領に関する届出」を国保  
連合会に提出する日を記入します。

②開設者の氏名及び住所  
医療機関等の開設者の住所及び氏名を記入します。  
（法人の場合の住所は、主たる事務所の所在地  
氏名は法人名と医療機関名称、代表者の職氏名を  
記入します。）

③印鑑  
診療報酬請求書等に使用する印鑑を押印します。  
※浸透印（シャチハタ等）以外

⑤点数表区分  
該当のものに○をつけます。



## 【振込情報変更の届出記入例】

### ④医療機関コード

中国四国厚生局にて承認された医療機関コードを記入します。

※付番されていない場合は空欄でかまいません。

### ⑥届出理由

該当届出理由『変更』の番号『2』及び変更項目『振込情報変更』に○をつけます。  
併せて変更振込月を記入します。

※振込情報に併せて開設者が変更となる場合『開設者』に○をつけます。  
併せて中国四国厚生局にて承認された変更年月日と支払額通知書宛名情報変更希望月も記入します。  
※変更日が1日の場合は変更月の翌月発送分より宛名情報の変更が可能ですが、変更日が1日以外の場合は変更月の翌々月発送分より宛名情報変更となります。

※振込情報に併せて開設者が変更となる場合

⑨開設者(法人の場合は代表者)  
中国四国厚生局にて承認された個人の場合は氏名を、法人の場合は代表者を記入します。  
(職名は不要です。)

⑫振込情報(受領者名フリガナ)  
診療報酬等の受領者名フリガナ(口座名義人カナ)を記入します。  
※濁点・半濁点・記号・スペースでひとマス使用します。  
※登録内容確認のため、口座番号及び口座名義人カナが記載されているページの通帳のコピーを添付してください。

⑭振込情報(銀行名)  
振込を希望する口座の銀行名を記入します。  
※銀行番号の記入は任意です。

⑯振込情報(預金種別)  
該当の種別に○をつけます。

## 診療報酬等の請求及び受領に関する届出

令和元年 7月 25日提出

保険者等から支払を受ける診療(調剤)報酬につき、貴会から保険者等に請求し、貴会から受領すること  
に同意し、これに関し、下記のとおり届出いたします。

岡山県国民健康保険団体連合会理事長 殿

開設者の住所及び氏名

(法人の場合の住所は、主たる事務所の所在地

氏名は法人名と医療機関名称、代表者の職氏名)

住 所 岡山市北区桑田町17番5号

氏 名 医療法人 コクホ会 こくほ診療所  
理事長 国保 太郎

必須項目											
医療機関コード	9	9	9	9	9	9	9	⑤点数表区分	1. 医科 6. 訪看	3. 歯科 9. 柔整	4. 調剤
届出理由(該当の番号及び項目に全て○をつけてください)											
①	新設(新たに保険医療機関コードの指定を受けたもの) 年 月 日 開設										
②	振込情報変更 ( 8 )月振込分から振込情報変更										
	名称・所在地・開設者・その他変更 年 月 日 変更 ( )月発送分支払額通知書から宛名情報変更希望(※名称・所在地・開設者の変更の場合)										

変更項目(新設の場合は全て記入してください)											
フリガナ											
⑦名称											
フリガナ	郵便番号										
⑧所在地											
フリガナ	開設者(法人の場合は代表者)										
⑩電話番号	( ) -										
⑪FAX番号	( ) -										
受領者名フリガナ(口座名義人カナ) ※濁点・半濁点・記号・スペースでひとマス使用											
⑫	イ ) コ ク ホ カ イ コ ク ホ シ ン リ ヨ ウ シ ャ ヨ										
受領者名漢字(口座名義人漢字)											
⑬振込情報	医 療 法 人 コ ク ホ 会 こ く ほ 診 療 所										
⑭銀行名	国保 銀行番号 9 9 9 9 支店名 桑田町 支店番号 8 8 8										
⑯預金種別	普通 口座番号 8 8 8 8 8 8 8 8 連合会記入欄										

※登録内容確認のため、口座名義人カナ及び口座番号が記載されているページの通帳のコピーを添付してください。

※本届出の内容のうち、個人情報に該当する事項については、国民健康保険団体連合会の業務に用いるものであり、個人情報の保護に関する法律第16条第3項に定める場合のほか、本人の同意なくして他の利用目的に使用することはありません。  
※届出理由に関わらず、指定年月日の前月25日必着(持参可)

①提出日  
「診療報酬等の請求及び受領に関する届出」を国保連合会に提出する日を記入します。

②開設者の氏名及び住所  
医療機関等の開設者の住所及び氏名を記入します。  
(法人の場合の住所は、主たる事務所の所在地  
氏名は法人名と医療機関名称、代表者の職氏名を記入します。)

③印鑑  
診療報酬請求書等に使用する印鑑を押印します。  
※浸透印(シャチハタ等)以外

⑤点数表区分  
該当のものに○をつけます。

⑬振込情報(受領者名漢字)  
診療報酬等の受領者名漢字(口座名義人漢字)を記入します。  
※濁点・半濁点・記号・スペースでひとマス使用します。

⑮振込情報(支店名)  
振込を希望する口座の支店名を記入します。  
※支店番号の記入は任意です。

⑰振込情報(口座番号)  
振込を希望する口座の口座番号を7ケタで記入します。

【添付する通帳の写しの例】

# 普通預金

ご利用いただき  
ありがとうございます。

おなまえ

イ)コクホカイ コクホシンリョウジヨ

様

店番号

999

販売代金、配当金等の振込指定や  
公共料金等の自動支払をご利用の  
際は、下記の口座番号および店名を  
ご指定ください。

口座番号

9999999

お客さま番号

999999

〈通帳限度額〉

	千円
変更	
.	.
.	.

口座番号及び口座名義人カナが記載されて  
いるこのページの写しを同封してください。

株式会社 国保銀行

(銀行コード 9999)

岡山本店

TEL 111 (111) \*\*\*\*

国 株  
保 式  
銀 会  
行 社

## お願い

- 事故防止のため通帳・印章店キャッシュカードおよび預金者の個人情報の記載がある運転免許証、健康保険証等は別々に保管されることをおすすめします。
- 通帳・印章・キャッシュカード等を、紛失・盗難等によりなくされた場合は、ただちにお電話等で口座開設店またはATMサービスセンター(2222-222-\*\*\* )へご連絡ください。
- この通帳の裏表紙およびキャッシュカードのストライプ部分は磁気面になっています。携帯電話、テレビ、磁石を使用した製品など磁気のある物の近くへ置かないようにご注意ください。
- お届けのご住所等変更がありましたら、口座開設店までご連絡ください。
- 通帳が汚れたり破れたときは、ご遠慮なくお申し出ください。新しい通帳にお取りかえいたします。
- 払戻しの際に、預金者の確認ができる写真入り公的証明書等をご呈示いただく場合があります。

税務署承認済

通帳作成地

株式会社国保銀行  
岡山市北区国保町

自 動 支 払					自 動 積 立		自 動 受 取	
NHK受信料	日	ローン返済金	日	日	こども積立	日	給 与	日
電話料金	日	クレジット代金	日	日	しあわせ預金	日	年 金	日
ガス料金	日	国 税	日	日	わくわくプラン	日	配 当 金	日
水道料金	日	地 方 税	日	日	定期預金	日		日
電気料金	日		日	日		日		日

●通帳・印章・キャッシュカード等を、紛失・盗難の際のご連絡先

平日

8:45~17:45

口座開設店  
(上記)

左記以外の時間帯  
土・日・祝日・休日

ATMサービスセンター  
☎0120-999-\*\*\*