保険医療機関変更届の記入方法

機関コード							

← 医療機関コード（7桁）を記入してください
訪問看護ステーションは事業所番号（下7桁）を記入

千葉県国民健康保険団体連合会理事長　様

開設者　現住所

氏　名　　印

電　話　　請求印

← 個人で開設の場合は自宅を、法人の場合は代表者の自宅又は、本社等の住所及び電話番号を記入してください
（電話は医療機関以外の連絡先をご記入ください。個人で開設されていてご自宅にお電話がない場合は携帯電話番号を記入してください）
← 法人の方は、法人印（実印）を押印してください
← 診療報酬請求書に使用する印鑑（シャチハタ以外）を押印してください

保　険　医　療　機　関　変　更　届

診療（調剤）報酬の請求受領について下記のとおりお届けします。

令　和　　年　　月　　日

点数表区分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪問	経営主体	国立 ・ 公立 ・ 大学 ・ 法人 ・ 個人 病院 ・ 診療所 ・ 薬局 ・ ステーション
保険医療機関の指定年月日	年　月　日	電話番号	（　　）
		郵便番号	□□□ ― □□□□
フリガナ 保険医療機関所在地	開設当初の指定通知書の年月日を記入してください 確認が取れない場合は未記入でもかまいません		
フリガナ 同名称			
フリガナ 同開設者名	指定通知書の申請者を記入してください		
フリガナ 同請求者名			

← 該当箇所に◯
（例：法人の診療所の場合）
← 指定通知書のとおりに記入してください

診療（調剤）報酬	変更前		変更後	
フリガナ 受領者名 （通帳名義）				
フリガナ 振込銀行		銀行 金庫		銀行 金庫
フリガナ 支店名		本店 支店		本店 支店
口座番号	普通 当座		普通 当座	
振込変更月	令和　　年　　月振り込み分より変更を依頼します。			
添付書類	官公庁以外で開設者と請求者、受領者の異なる場合は、次の書類が必要となりますので添付してください。	1．委任状　2．印鑑証明書		

← 金融機関の通帳どおりに記入してください
1．フリガナ欄は通帳表紙裏にあるカタカナ名義
2．受領者名欄は通帳表紙にある漢字名義
なお、外資系の金融機関は取り扱っておりません

← 変更月については、国保連合会で変更届を受理する翌月の振り込み分以降を記入してください
(例)3月末までに受理されるよう送付された場合は、4月以降より変更可能になります

管理者名

← 開設者とは別の方を管理者として関東信越厚生局に届出された場合、記入してください
保険薬局については、管理薬剤師名を記入してください

記載上の注意
1．該当個所はすべて記入してください。
2．点数表区分、経営主体、振込銀行、口座番号、添付書類の各欄については、該当を○印でかこんでください。
3．フリガナは必ずしてください。
4．変更のある場合は必ず変更の手続をしてください。

※保険医療機関変更届提出上の注意

各項目すべてを記入したうえ、保険医療機関（薬局）指定通知書のコピーと、新しい通帳のコピー（表紙とその裏面）を添付し提出して下さい

なお、以下の場合は、添付書類が必要となります
1．請求者・受領者が開設者と異なる場合、委任状及び印鑑証明（委任状に押印したもの）
2．変更前請求者・受領者について委任状が提出されている場合、その委任解除の届け

※問い合わせ及び送付先

〒263－8566
千葉県国民健康保険団体連合会　過誤調整係
（郵便番号と宛名のみで届きます）
電話　043－254－7190　FAX　043－254－7191

※特定健診の健診機関

特定健診等費用の請求及び受領に関する届が別途必要です