

債 権 譲 渡 通 知 書

今般、私が千葉県国民健康保険団体連合会に対して有する下記債権を下記譲受人に譲渡いたしましたので、本書をもってご通知申し上げます。

記

[譲 渡 債 権 の 表 示]

以下の期間における国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律、各種公費負担医療費等に基づく一切の診療（調剤）報酬等債権

令和〇〇年〇〇月支払分から

令和〇〇年〇〇月支払分まで

[保 険 医 療 機 関（ 保 険 薬 局 ） の 表 示]

保険医療(薬局)機関コード _____

所 在 地 _____

名 称 _____

[譲 受 人 の 指 定 す る 債 権 受 取 口 座]

〇〇銀行・〇〇支店・〇〇預金

口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

口座名義 （カナ）

記載例

[譲渡人 譲通知人]

所在地 _____

名 称 _____

代表者 _____ 印

[譲受人]

所在地 _____

名 称 _____

代表者 _____ 印

千葉県千葉市稲毛区天台6丁目4番3号

千葉県国民健康保険団体連合会理事長 殿

[本書に関する問い合わせ先]

所在地 _____

名 称 _____

担当者 _____

連絡先 _____