保 険 医 療 機 関 新 規 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

医療機関以外の電話番号で、緊急連絡先となる電話番号を記入してください。
個人は開設者の自宅、法人は本社等の住所及び電話番号を記入してください
（自宅電話番号と医療機関の電話番号が同じ場合は、開設者の携帯電話番号等を記入）
（法人電話番号と医療機関の電話番号が同じ場合は、法人開設者自宅の電話番号、携帯電話番号等を記入）

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 新 規 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。

平成　　年　　月　　日

点数表区分	医科・歯科・調剤・施設・訪問	診療科目	
保険医療機関の指定年月日	年　月　日	経営主体	国立・公立・大学・法人・個人 病院・診療所・薬局・施設・ステーション
郵便番号	□□□－□□□□	電話番号	（　　）
フリガナ 保険医療機関所在地	指定通知書の「指定の期間」欄、開始年月日を記入してください		
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			
フリガナ 同受領者名（通帳名義）			
フリガナ 振込銀行	銀行・金庫	本店・支店	口座番号　普通・当座
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

標榜している診療科目をすべて記入してください
主な診療科目を○で囲んでください

該当個所に ○

指定通知書のとおりに記入してください

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

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

※保険医療機関新規届提出上の注意
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、金融機関の通帳のコピー（表紙とその裏面）を添付し、指定年月末までに提出して下さい。
なお、官公立の医療機関以外において、開設者と請求者又は受領者が異なる場合は、委任状及び委任状に押印した印の印鑑証明書が必要となりますので、国保連合会までご連絡ください。

※問い合わせ及び提出先
〒263－0016
千葉市稲毛区天台6－4－3
千葉県国民健康保険団体連合会　過誤調整係
電話　043－254－7190
FAX　043－254－0048

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。