

会長	副会長	副会長		担当理事	係

事務連絡
令和元年 8 月 7 日

公益社団法人
岡山県医師会 御中

岡山県国民健康保険団体連合会
情報管理課長 鶴田 芳彦

届出様式の変更について

本会の業務運営につきましては、平素から格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、この度、「医療（調剤等）機関指定・変更届」について、分かり易い手順とすべく見直しを行い「診療報酬等の請求及び受領に関する届出」へ変更させていただくこととなりました。

つきましては、新様式・記入例等を送付いたしますので、ご確認いただき必要に応じて会員の皆様へご周知をお願いいたします。

なお、新様式への切り替えは令和元年 9 月 1 日からとし、ホームページに掲載している様式も変更いたします。

しかし、切り替わるには一定期間が必要と考えており、新旧の様式が混在した提出となっても対応できるように準備しております。

よって、貴会及び会員の皆様の準備が整うまでは、これまでの様式である「医療（調剤等）機関指定・変更届」にてご提出いただきましても、問題がないことを申し添えいたします。

【問合せ先】

岡山県国民健康保険団体連合会
情報管理課 システム班

本東地・武地

TEL:086-223-8818 FAX:086-223-0225

E-mail:johokanri@okayama.kokuhoren.jp



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 住所
(法人の場合の住所は、主たる事務所の所在地 氏名
氏名は法人名と医療機関名称、代表者の職氏名)

㊞

必須項目										
医療機関 コード							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						(			)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										
名称										
フリガナ	郵便番号									
所在地										
フリガナ							電話 番号	(		
開設者 (法人の場合 は代表者)							FAX 番号	(		
振込 情報	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									
	受領者名漢字(口座名義人漢字)									
	銀行名	銀行 金庫 組合 その他				銀行 番号	支店名		本店 支	支店 番号
	預金 種別	普通 当座	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)