

記載要領

< 施術機関届 >

スタンプ印では、登録できませんので朱肉の印を押印ください

保健所に届出された機関名と所在地を記入してください

はり師・きゆう師・あん摩マッサージ指圧師施術機関届

フリガナは必ずご記入下さい

愛知県国民健康保険団体連合会 殿

平成 年 月 日提出

| 鍼灸士施術機関番号 | | | | |
|-----------|-----|----|------|----|
| 県番号 | 点数表 | 地区 | 機関番号 | CD |
| | 7 | | | |

| | | | | | |
|--------|--------------------|---------------|-----|------|------|
| 印鑑 | (フリガナ) | | | 電話番号 | |
| | 施術機関名 | | | | |
| | (フリガナ) | 郵便番号 | | | |
| | 所在地 | | | | |
| 請求者氏名 | | 受領者氏名(口座名義人名) | | | |
| (フリガナ) | | | | | |
| 振込口座 | 銀行 信用金庫 信用組合 | 本店支 | 店番号 | 口座番号 | 当座預金 |
| | | | | | 普通預金 |

保健所への開設(始)届に名前の載っている方(開設者または施術者)をご記入ください

請求者と受領者が異なる場合、委任状の提出が必要となります

※変更の際も、変更事項以外の項目も全て記入してください

送付先
〒461-8532
愛知県名古屋市東区泉1-6-5
愛知県国民健康保険団体連合会
支払調整課 支払調整係
TEL :052-962-4080・1259

振込銀行・支店・店番号・口座番号は、預金通帳のとおり記載してください
(協会を通して請求を行われる場合は、会名義の振込銀行をご記入ください)

機関届に記載された内容について変更がある時、又は施術所を廃止(閉院)される時は本会にご連絡ください