

診療報酬等費用の請求及び受領に関する届(県外保険医療機関等用)

令和 年 月 日提出

島根県国民健康保険団体連合会
理事長 山本浩章 様

住所
開設者
氏名

印

診療報酬等費用の請求及び受領に関し、下記個人情報の取扱いについて同意の上、記入・捺印し届出いたします。

保険医療機関等 番号					連 合 会 使 用 欄
フリガナ					
保険医療機関等 名称					
郵便番号		所在地			
電話番号			FAX番号		
振込先 銀行			支店名		
預金種目	普通・当座・その他 ()		口座番号		
フリガナ 請求者			フリガナ 受領者 (口座名義人)		
届出理由(該当番号に○をつけてください)			異動年月		
1	新設		令和 年 月請求分から		
2	請求者及び受領者(口座名義人)の変更		旧保険医療機関等番号		
3	振込先及び口座番号の変更				
4	その他 ()				
旧保険医療機関等番号欄に記載した保険医療機関等番号への支払いを当該保険医療機関等番号の支払いと合算することに 同意します。 住所 氏名					
備考					

「個人情報の取扱いについて」
 提供いただく個人情報は、診療報酬等費用の支払等に利用し、それ以外の利用、外部への委託・第三者提供はいたしません。ただし、費用の支払にあたっては、口座番号等を金融機関へ提供することとしております。個人情報の提供は任意ですが、提供いただけない場合、適切な支払等ができなくなります。個人情報の開示等を希望される場合、下記窓口まで連絡ください。
 なお、個人情報の管理責任は、個人情報保護管理者(Tel:0852-21-2113)が有します。
 (お問い合わせ窓口)
 〒690-0825 島根県松江市学園一丁目7番14号
 島根県国民健康保険団体連合会 審査課 電話:0852-21-2163