

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）

記載要領

1. 「診療報酬等費用の請求及び受領に関する届」は、診療報酬等費用の適切な支払いを行うために使用する。
2. 保険医療機関等番号単位で1部作成する。
3. 当該届を提出した年月日を記入する。
4. 「開設者」欄に住所及び氏名を記入し、必ず捺印する。
5. 「保険医療機関等番号」欄には、10桁（県番号2桁+点数表区分1桁+保険医療機関等番号7桁）で記入する。
6. 「振込先銀行」、「支店名」欄には、銀行名、支店名とともに、銀行コード（4桁）、支店コード（3桁）を記入する。
7. 「預金種目」欄の該当する項目を○で囲む。
8. 「受領者（口座名義人）」欄には、必ずフリガナを記入する。
9. 「届出理由」欄の該当する項目（1～4）を○で囲む。
10. 「異動年月」欄には、請求開始年月または変更年月を記入する。