

診療報酬等の請求及び受領に関する届出

令和 年 月 日 提出

鳥取県国民健康保険団体連合会理事長 様

開設者 住所
氏名 印

診療報酬等費用の請求及び受領に関し、下記のとおり記入・捺印し届出いたします。

医療機関等番号		経営主体 (記載要領をご覧ください)		
フリガナ 医療機関等 名称				
フリガナ 所在地	郵便番号			
フリガナ 請求者名			電話番号	
受領銀行名	銀行コード	支店コード	預金種目	1: 普通 2: 当座 3: 別段 4: 貯蓄預金 9: その他
	銀行 支店			
フリガナ 受領者 (口座名義人)			口座番号	
届出理由(該当に○をつけてください)				
1	新設	3	受領銀行及び口座番号の変更	
2	請求者及び受領者(口座名義人)の変更	4	その他()	
異動年月	令和 年 月診療分から		旧医療機関等番号	
※旧医療機関等の診療報酬等支払(過誤額等の返還)について、新医療機関等への支払と合算することに 同意します ・ 同意しません 住 所 連絡先 氏名 印				
備考				

注) 本届出内容のうち、個人情報に該当する事項については、鳥取県国民健康保険団体連合会の業務に用いるものであり、他の利用目的に使用することはありません。

「診療報酬等の請求及び受領に関する届出」 記載要領

① 提出日

「診療報酬等の請求及び受領に関する届出」を国保連合会に提出する日を記入する。

② 開設者 住所及び氏名

医療機関等の開設者の住所及び氏名を記入し、押印する。

③ 医療機関等番号及び名称

中国四国厚生局にて申請・承認された医療機関等番号を記入する。

④ 経営主体

下記を参照のうえ、該当の番号を記入する。

- | | |
|------------------|-------------------|
| 01. 国立病院等 | 10. 個人病院 |
| 02. 官公立病院 | 11. 独立行政法人国立病院機構 |
| 03. その他の公的病院 | 12. 官公立診療所(薬局) |
| 04. 大学病院(国立大学法人) | 13. その他の公的診療所(薬局) |
| 05. 大学病院(公立) | 17. 医療法人診療所(薬局) |
| 06. 大学病院(私立) | 18. 社会福祉法人診療所(薬局) |
| 07. 医療法人病院 | 19. その他の法人診療所(薬局) |
| 08. 社会福祉法人病院 | 20. 個人診療所(薬局) |
| 09. その他の法人病院 | |

⑤ 所在地(フリガナ)

請求行為を行う事業所の所在地を記入する。

⑥ 請求者名(フリガナ)

請求者の名称を記入する。

⑦ 電話番号

請求行為を行う事業所の電話番号を記入する。

⑧ 受領銀行

振込を希望する銀行名(銀行コード)及び支店名(支店コード)を記入する。

⑨ 受領銀行の預金種目で該当の箇所に○印を記入する。

⑩ 受領者及び口座番号

診療報酬等費用の受領者(受領銀行の口座名義人)を記載する。

※口座登録を正確にするために、該当銀行の通帳の名義人がカタカナ表記してある部分をコピーして添付下さいますようお願いいたします。

また、開設者と受領者が異なる場合は、開設者の受領委任状(別途様式)を提出して下さい。

⑪ 届出理由

「診療報酬等の請求及び受領に関する届出」の理由について、該当する箇所に○印をする。

⑫ 異動年月

「診療報酬等の請求及び受領に関する届出」の内容を適用する診療月を記載する。

※異動年月(診療月)の翌月20日頃までに(目安)提出をお願いいたします。

⑬ 旧医療機関番号

組織変更等で医療機関コード等を新しくした際、旧医療機関コード分の診療報酬等支払(過誤額等の返還)について、当該医療機関の診療報酬等との合算を希望(同意)又は希望しない(同意しない)場合旧医療機関コード及び※欄に記入する。希望しない場合、現金返納となりますので連絡先を記載願います。