

7. 診療報酬請求に関する届出について

「診療報酬振込先及び請求書印鑑届」について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
Q 1 診療報酬振込先及び請求書印鑑届	A 1 保険医療機関等が新規指定を受けた場合又は届出内容の変更をする場合に提出。
Q 2 変更時の診療報酬振込先及び請求書印鑑届の記入箇所	A 2 変更箇所だけではなく、P52・53にある印鑑届書並びに記載要領のとおり全て記載。
Q 3 印鑑届の印鑑	A 3 診療報酬請求書に使用する印鑑。
Q 4 印鑑届の記入欄に入りきらない場合	A 4 枠外にはみ出しても良いので全て記載。
Q 5 振込先の金融機関	A 5 日本国内に支店がある金融機関を記載。
Q 6 代表者の変更	A 6 P52 届出用紙の⑱の変更項目欄の 11. その他に「開設者・代表者変更」と記載。

診療報酬振込先及び請求書印鑑届の記載要領

診療報酬振込先及び請求書印鑑届

神奈川県国民健康保険団体連合会理事長 殿

平成 年 月 日

国民健康保険診療報酬等の支払を貴会から受けるため、この振込先及び請求書使用印鑑等を下記のとおり届出します。

開設者の氏名及び住所
〔法人の場合は名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地〕

①	新規	4	変更	6
②	医科	1	歯科	3
	点検	2	調剤	4
	表	5	訪問看護	6
③	1	4	府県	保険医療機関番号

④	開設者名	住所
	行政地区	番地
	住	方書
	漢字	

⑦	カナ	漢字
	郵便番号	電話番号

【注】
○2枚目の保険医療機関異動通帳結果票は電算処理に使用しますので離さず提出して下さい。
○フリガナはカタカナで、濁点は1マスとして記入して下さい。
○預金種目の番号に○印をし、口座番号は右寄せで記入して下さい。
○診療科目は該当番号に○印をつけて下さい。
○変更の場合は右下の変更項目に○印をつけて下さい。
(カナ)

⑧	郵便番号	電話番号
	カナ	漢字
	行政地区	番地
	住	方書
	漢字	

⑨	振込指定金融機関	店番号
	(漢字)	(漢字)
	支店名	支店
	支店番号	出所
	⑬	口座番号

⑩	診療科目	⑭	普通	1	口座	1
	カナ		当	2	漢字	2
	漢字		預	金	種	目
	カナ					
	漢字					

⑮	請求者氏名	⑯	請求者氏名
	カナ		カナ
	漢字		漢字

⑰	変更項目	⑱	診療科目
	1. 診療科		2. 振込先 (銀行・支店名・口座番号)
	2. 機関の名称		3. 機関の名称
	3. 届出印		4. 口座名義人
	4. 定率・定額		5. 所在地 (郵便番号)
	5. その他 ()		6. 届出印
			7. 開設者の住所
			8. 請求権者氏名
			9. 定率・定額
			10. 院外処方
			11. その他 ()

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	33	34	35	36	70	71	72	75
診療科目	内科	精神科	神経科	呼吸器科	消化器科	胃腸科	循環器科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科	小児科		

⑱	院外処方
	一定率以上
	一定率未満

前頁の記入例の番号については、下記の要領でお願いします。

- ① 区分は“新規”又は“変更”の該当項目の数字を○で囲む。
(個人から法人に変わった場合は“新規”)
- ② 点数表は、該当項目の数字を○で囲む。
- ③ 保険医療機関番号は、関東信越厚生局神奈川事務所（以下厚生局という）から指定された7桁の番号を記入。
- ④ 開設者の氏名及び自宅の住所を記入。
法人の場合は法人名、代表者氏名及び法人の住所（主たる事務所の所在地）を記入。
※住所欄の方書はマンション・ビル名等を記入。
- ⑤ 年月日は、国保連合会への提出年月日を記入。
- ⑥ 請求書に使用する印鑑を押印。 （注）銀行届け印とは別で構いません。
- ⑦ 保険医療機関（保険薬局）名は、厚生局に届け出たとおり記入してフリガナをふる。
- ⑧、⑨、⑩は、厚生局に届け出た保険医療機関（保険薬局）の郵便番号、電話番号、住所を記入し、住所はフリガナをふる。
※住所欄の方書はマンション・ビル名等を記入。
※フリガナが欄内に書き切れない場合は、フリガナ欄の“カナガワケン”を省略するか、または、続きを余白に記入。
- ⑪、⑫、⑬は、振込先の金融機関名、店番号、支店名をそれぞれ記入し、支店名はフリガナをふる。
- ⑭ 口座番号欄は、預金種目の番号を○で囲む。
預金種目は 1 普通預金（総合口座） 2 当座預金 9 その他。
口座番号は右詰で記入。
- ⑮ 口座名義人は、金融機関に届け出たとおり記入してフリガナをふる。
なお、事故防止を図るため、該当口座番号を確認できる預金通帳等の写しの添付（表紙・表紙裏の2枚をお願いします。）
- ⑯ 請求権者氏名は、診療（調剤）報酬等の請求に関する責任者名を記入してフリガナをふる。
(法人の場合は管理者可。④開設者と同じ場合は、同じ名前を記入。)
- ⑰ 厚生局に届け出た診療科目の番号に○印を付ける。
※左下の“院外処方、一部負担、病床欄”には何も記入しない。
- ⑱ 変更の場合のみ、変更項目の該当番号を○で囲む。

※記載内容を訂正する場合は、二本線で抹消の上、訂正印を押印。

※開設者と請求権者、又は口座名義人が異なる場合には国保連合会に備え付けの委任状を提出してください。公立病院等で国の会計又は縣市町村条例により、歳入徴収官又は収入役を定めているものは、委任状の提出は必要ありません。

※この届出用紙は2枚複写になっていますので、2枚共切り離さず提出してください。

控えが必要な場合は、お手数ですがご提出の前にコピーをしてください。

委任状

住所
請求権者
氏名 印

住所
口座名義人
氏名 印

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

- (1) 診療（調剤）報酬等の請求に関すること。
- (2) 診療（調剤）報酬等の受領に関すること。

平成 年 月 日

住所
委任者
氏名 印

保険医療機関番号 _____

保険医療機関名 _____

神奈川県国民健康保険団体連合会
理事長 殿

関東信越厚生局神奈川事務所(旧神奈川社会保険事務局)への届出について

次の事項に該当したとき、関東信越厚生局神奈川事務所(旧神奈川社会保険事務局)への届出が必要となります。

詳細については、下記の関東信越厚生局神奈川事務所へお尋ね願います。

1. 新規開設の指定
2. 保険医療機関・保険薬局の移転
3. 開設者の交替
4. 病院から診療所・診療所から病院の変更
5. 法人の代表者の変更
6. 名称の変更
7. 住居表示の変更
8. 管理者の変更
9. 病床数の変更
10. 診療科目の変更
11. その他届出事項の変更
12. 保険医・保険薬剤師の採用又は退職
13. 保険医療機関・保険薬局の廃止
14. 保険医療機関・保険薬局の指定の辞退
15. その他 届出内容の変更等

関東信越厚生局神奈川事務所

電話 045-270-2053

住所 〒231-0015
横浜市中区尾上町 1-6
住友生命横浜関内ビル 6階