

平成 年 月 日

山形県後期高齢者医療広域連合長 殿

住所(所在地) 〒 _____

施術機関・団体等 (ふりがな)
 名 称 _____

代表者名 (ふりがな) _____ 印

電話番号 _____

FAX番号 _____

療養費代理受領者登録届出書

被保険者の療養費に係る代理受領者の登録を届出します。

☆ 種 別		鍼灸 ・ あん摩マッサージ				
療養費 払込 指定 口座	金融機関	☆ 銀行・農協 信組・金庫 ()		☆ 本店 支店	☆ 口座 種別	普通 当座
	金融機関 コード	店鋪 コード				
	名 義 人	漢字				
		カナ				
口座番号	※右詰で記入					

☆の項目は該当するものを○で囲む

※広域連合記入欄

種別	施術機関登録番号	備考
はり・きゅう	- -	
あん摩マッサージ	- -	
組合・団体等	- -	