

「振込金融機関指定届」記載等に係る留意点

1. 「振込金融機関指定届」は、保険医療機関（保険薬局・事業所）の開設者及び管理者が記入してください。
2. 診療（調剤）報酬等の請求及び受領について、保険医療機関（保険薬局）の開設者と診療（調剤）報酬等の請求者及び受領者（預金名義人）が異なる場合、代理請求及び受領に係る「委任状」が必要となりますので、本会までご連絡ください。
3. 本会に「振込金融機関指定届」を提出後、届出内容に変更が生じた場合は、医科・歯科・調剤については東海北陸厚生局、訪問看護ステーションについては各振興局にて変更手続きを行っていただき、本会においては、「振込金融機関指定届」の再提出をお願いします。
なお、振込金融機関及び受領者（預金名義人）の変更につきましては、速やかに本会までご連絡をいただき、「振込金融機関指定届」の再提出をお願いします。
【変更の適応時期】
 - ① 診療（調剤）報酬、訪問看護療養費等の支払（診療（調剤）報酬請求書、訪問看護療養費請求書等の提出月の翌月20日（紙請求の場合は26日） ※20日または26日が、土・日・祝日の場合は、日・祝日の翌日）から変更したい場合は、変更したい支払月の前月末までに「振込金融機関指定届」を再提出してください。
 - ② 福祉医療の支払（助成金請求書の提出月の月末）から変更したい場合は、変更したい支払月の13日までに「振込金融機関指定届」を再提出してください。
※ 特定健診、介護保険の支払についてはそれぞれ届出が必要となりますので、各担当課までご連絡ください。
4. 「振込金融機関指定届」の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お取りください。

「振込金融機関指定届」記載要領

<別添「振込金融機関指定届」記入見本の該当番号については、下記要領で記入してください。>

①提出日

提出年月日を記入してください。（本会に持込む場合は、持込日を記入していただき、郵送の場合は、郵送日を記入してください。）

②開設者住所・氏名

東海北陸厚生局（振興局）へ届出されました開設者住所・氏名を記入してください。

③記号・番号

医科・歯科・調剤については、東海北陸厚生局から送付される指定通知書に記載のある記号・番号を記入してください。訪問看護ステーションについては、記入する必要はありません。

④種別

経営主体の該当する項目を“○”で囲んでください。

（注）薬局については、個人による開設以外はその他の法人・薬局を“○”で囲んでください。

⑤指定

東海北陸厚生局（振興局）より新規指定された日付を記入してください。

⑥表別

該当する番号を“○”で囲んでください。

⑦診療科目

主たる診療科目より順次右へ標榜診療科目を記入してください。

⑧名称

医科・歯科・調剤については、東海北陸厚生局から送付される指定通知書に記載のある医療機関名称を記入してください。訪問看護ステーションについては、振興局へ届出されました事業所名称を記入してください。

⑨請求者

診療（調剤）報酬・訪問看護療養費等の請求に関する責任者を記入してください。株式会社・医療法人等であっても、個人名まで記入してください。開設者と同じ場合は、開設者氏名を記入してください。

⑩電話番号

東海北陸厚生局（振興局）へ届出されました電話番号を記入してください。

⑪郵便番号・所在地

医科・歯科・調剤については、東海北陸厚生局から送付される指定通知書に記載のある医療機関所在地を記入してください。訪問看護ステーションについては、振興局へ届出されました事業所所在地を記入してください。

⑫受領者（預金名義人）

受領者（預金名義人）は、振込金融機関の預金名義と同一の記入をお願いします。

⑬振込金融機関・預金種別・口座番号

本会より診療（調剤）報酬・訪問看護療養費等の振込を希望される金融機関名及び本・支店名、口座番号を記入していただき、預金種別は該当する項目を“○”で囲んでください。

⑭金融機関確認

振込金融機関の窓口において、「振込金融機関指定届」内の振込金融機口座情報を確認していただき、銀行に確認印を押印していただきますようお願いいたします。※通帳印ではありません。

なお、金融機関確認欄の押印が困難な場合は通帳のコピー等口座の確認ができる書類を添付してください。

⑮変更前医療機関コード番号

新規指定保険医療機関（保険薬局・事業所）でない場合のみ、記入してください。

⑯院外処方箋の発行

該当する番号を“○”で囲んでください。

※フリガナの記入が必要な項目については、フリガナを記入してください。

見本

岐阜県国民健康保険団体連合会 御中

開設者

フリガナ 住所

②

フリガナ 氏名

振込金融機関指定届

国民健康保険診療報酬、後期高齢者医療診療報酬及び公費負担医療費等については、貴連合会から保険者、公費負担実施者等あて請求及び受領に同意し、これの支払は下記台帳のとおり金融機関を指定します。

保険医療機関コード台帳

機関コード	地区コード	機関コード	記号	番号
			③	

種別	記号・番号	指 定	年 月 日	診療科目
④	⑤	⑥	⑦	⑧

フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
受領者 (名義人)	郵便番号	所在地	金融機関確認
⑨	⑩	⑪	⑫

フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
振込金融機関	銀行	口座番号	届出理由
⑬	⑭	⑮	⑯

変更前医療機関コード番号	院外処方箋の発行
⑰	⑱