（こども医療費／ひとり親家庭等医療費）医療機関等登録（ 変更 ・ 廃止 ）届出書

年　　月　　日

越谷市長　宛

〒　　―

届　出　者　　住所又は所在地　埼玉県＿＿＿＿＿＿＿＿
（医療機関等）　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名又は名称　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（　こども医療費　・　ひとり親家庭等医療費　）制度に係る現物給付の取扱いに関し、次のとおり届け出ます。

届出区分		□　登録 □　変更　⇒　□所在地　□名称　□　開設者　□電話番号 □振込先金融機関等 □その他（　　） □　廃止
業務の種類		柔道整復　　あん摩・マッサージ　　はり　　きゅう
医療機関コード		1　1
施術所の名称又は施術者の氏名		(フリガナ)
開設者		(フリガナ)
電話番号		―　　―
届出事由発生日		年　　月　　日
振込先金融機関	銀行コード	支店コード
	金融機関名	
	口座番号	普通　・　当座
	口座名義人	(フリガナ)

備考・「医療機関コード」は厚生局に届出した際に通知されるコードで、「１１」から後ろ７桁を記入してください。
・初回の登録や「振込先金融機関」の変更の際は口座情報のわかる書類のコピーを添付してください（通帳見開き１ページ目のコピーなど）。
・届出事項に変更が生じる場合又は登録を終了する場合は、速やかに届け出てください。