

(

 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
 (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	<input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 変更 ⇒ <input type="checkbox"/> 所在地 <input type="checkbox"/> 名称 <input type="checkbox"/> 開設者 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 振込先金融機関等 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 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。