

年 月 日

徳島県後期高齢者医療広域連合 殿

申請者
(住 所)
(氏 名)

はり、きゅう及びあん摩・マッサージの施術に係る療養費の受領委任に関する届出

徳島県後期高齢者医療療養費の支払機関等について以下のとおり届出いたします。

登録記号 番号10桁			電話番号	— —	
種別	1. はり、きゅう 2. あんま				
フリガナ					
施術管理者 氏名					
フリガナ					
施術所名称					
フリガナ			フリガナ		
代表者氏名			開設者氏名		
施術所住所	〒 —				
取扱団体	取扱団体が他に有る場合は名称・住所・代表者を記入してください。				
受領委任 をする 金融機関	銀行 信用金庫 農協			支店 本店 支所	
	金融機関コード			支店コード	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				
決定通知等 送付先	1 施術所 2 代行事業者 3 その他 ()				

※指定金融機関の通帳の写し・療養費の受領委任の取扱いの承諾について（厚生支局発行）の写しも併せて提出してください。

※徳島県後期高齢者医療広域連合使用欄

新規 ・ 変更	
受付日	年 月 日
入力日	年 月 日
備考欄	