

# 記載例:新規登録

## 機関コード登録届

このことについて、はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師の施術に係る療養費に関する受領委任の取扱規程、関係法令、通知、療養費の支給基準を遵守することを確約し、下記のとおり届出します。

記

宮城県後期高齢者医療広域連合長 あて

令和元年 11月 1日

●新規変更申請区分														
申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規登録 ・ <input type="checkbox"/> 変更登録 → 廃止の場合は右欄にチェックを入れてください <input type="checkbox"/>													
機関コード (変更のみ)	04-8-									変更日	年	月	日	
	04-9-									廃止日				
●施術機関情報														
療養費の区分	<input checked="" type="checkbox"/> はりきゅう ・ <input checked="" type="checkbox"/> マッサージ													
施術機関名 (カナ)	コウイキチリョウイン						施術管理者氏名 (カナ)			ミヤギ タロウ				
施術機関名 (漢字)	広域治療院						施術管理者氏名 (漢字)			宮城 太郎				
受領委任に係る登録記号番号	0	4	0	0	0	0	0	0	—	0	—	0	※受領委任に係る登録記号番号が未登録の方は申請できません。	
郵便番号・住所	〒 000-0000									電話番号		090-XXXX-XXXX		
	仙台市青葉区〇〇町1-1													
●振込先口座情報														
金融機関名	広域信用金庫						支店名			宮城支店				
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 普通		2. 当座		口座番号			1	2	3	4	5	6	7
口座名義 (カナ)	カブシキガイシャコウイキ ダイヒョウトリシマリヤク センダイ ハナコ													
口座名義 (漢字)	株式会社広域 代表取締役 仙台 花子													
●各種通知送付先・電話連絡先情報														
当広域連合からの各種通知送付先・電話連絡先 (加入団体情報)	<input type="checkbox"/> 施術機関情報と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 施術機関情報と異なる (以下に記載)													
	団体名	株式会社広域												
	郵便番号・住所	〒 000-0000 仙台市泉区△△町1-1 広域ビル5階												
	電話番号	022-XXX-XXXX												
●提出者														
提出機関名	広域治療院													
提出者名	宮城 太郎 印													

### 注意事項

- ※1 この届出は原則施術管理者が提出してください。
- ※2 新規登録の場合、「療養費の受領委任の取扱いの承諾について」の写しを添付して提出してください。
- ※3 登録後、新規登録の場合は「機関コード新規登録通知」を、変更登録の場合は「機関コード変更登録通知」を当広域連合より送付します。療養費支給申請書には、通知した機関コードを記入してください。
- ※4 システムの文字数制限により、通知等に記載する施術機関名等を省略する場合があります。
- ※5 不適正な請求が行われた場合は、当該施術機関を管轄する厚生(支)局または都道府県知事に情報提供します。

# 記載例: 変更登録

## 機関コード登録届

このことについて、はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師の施術に係る療養費に関する受領委任の取扱規程、関係法令、通知、療養費の支給基準を遵守することを確約し、下記のとおり届出します。

記

宮城県後期高齢者医療広域連合長 あて

令和元年 11月 1日

●新規変更申請区分													
申請区分	新規登録 <input type="checkbox"/> ・ <b>変更登録</b> <input checked="" type="checkbox"/> → 廃止の場合は右欄にチェックを入れてください <input type="checkbox"/>												
機関コード (変更のみ)	04-8- 04-9-	5	8	0	0	0	0	0	1	変更日 廃止日	令和元年 10月 15日		
●施術機関情報													
療養費の区分	<b>はりきゅう</b> ・ <b>マッサージ</b>												
施術機関名 (カナ)	ミヤギコウイキチリョウイン					施術管理者氏名 (カナ)			ミヤギ タロウ				
施術機関名 (漢字)	宮城広域治療院					施術管理者氏名 (漢字)			宮城 太郎				
受領委任に係る登録記号番号	0	4	0	0	0	0	0	0	—	0	—	0	※受領委任に係る登録記号番号が未登録の方は申請できません。
郵便番号・住所	〒 000-0000								電話番号		090-XXXX-XXXX		
	仙台市青葉区〇〇町1-1												
●振込先口座情報													
金融機関名								支店名					
口座種別	1. 普通		2. 当座		記載不要								
口座名義 (カナ)													
口座名義 (漢字)													
●各種通知送付先・電話連絡先情報													
当広域連合からの各種通知送付先・電話連絡先 (加入団体情報)	<input type="checkbox"/> 施術機関情報と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 施術機関情報と異なる (以下に記載)												
	団体名	株式会社広域											
	郵便番号・住所	〒 000-0000 仙台市泉区△△町1-1 広域ビル5階											
	電話番号	022-XXX-XXXX											
●提出者													
提出機関名	宮城広域治療院												
提出者名	宮城 太郎 印												

### 注意事項

- ※1 この届出は原則施術管理者が提出してください。
- ※2 新規登録の場合、「療養費の受領委任の取扱いの承諾について」の写しを添付して提出してください。
- ※3 登録後、新規登録の場合は「機関コード新規登録通知」を、変更登録の場合は「機関コード変更登録通知」を当広域連合より送付します。療養費支給申請書には、通知した機関コードを記入してください。
- ※4 システムの文字数制限により、通知等に記載する施術機関名等を省略する場合があります。
- ※5 不適正な請求が行われた場合は、当該施術機関を管轄する厚生(支)局または都道府県知事に情報提供します。