

# 療養費代理受領者登録届出書

被保険者の療養費にかかる代理受領者の登録を届出します。

平成 年 月 日

住所（所在地） 〒 —  
 .....  
 .....  
 .....  
 施術機関・団体等 (ふりがな)  
 名 称  
 .....  
 代表者名 (ふりがな)  
 ..... 印  
 .....  
 電話番号 — —  
 .....  
 F A X 番号 — —  
 .....

☆ 医療機関種別	あん摩 ・ 鍼灸 ・ マッサージ ・ ( )				
療養費払込指定口座	金融機関	☆ 銀行・農協 信組・金庫 ( )	☆ 本店 支店	☆ 口座 種別	普通 当座
	金融機関 コード	.....	店舗 コード	.....	
	名義人	漢字	.....		
		カナ	.....		
口座番号	.....	※右詰で記入			

☆の項目は該当するものを○で囲む

## ※広域連合記入欄

代理受領施術機関登録番号	代理受領者名	
施術機関登録番号 (申請書記載番号)	治療院名	
施術機関登録番号 (申請書記載番号)	治療院名	
施術機関登録番号 (申請書記載番号)	治療院名	