様式第８号

公害医療機関登録申請届

（　　新規　・　変更　　）

医療機関コード（国保用）※1	□	新		旧	
医療機関名 ※1	□	旧	(フリガナ)		
		新	(フリガナ)		
所在地 ※1	□	旧	(フリガナ) TEL：　　（　　）		
		新	(フリガナ) 〒 TEL：　　（　　）		
振込先（債権者のものに限る）※3	□	金融機関名	金融機関ｺｰﾄﾞ	支店名	支店ｺｰﾄﾞ
		１．普通　２．当座　３．別段	口座番号		
		(フリガナ)			
		口座名義			

公害（医療費・各種文書料等）の支払いは、上記口座へ振込により行ってください。

堺　市　長　殿　　令和　　年　　月　　日

提出者 ※4 ※5　公害医療機関の所在地

名　称　　印

開設者の氏名又は名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

※債権者	

—記入上のご注意—

□ を登録しますので、すべての項目に記入して下さい。

※1「新規」の場合は、医療機関コード・医療機関名・所在地を「新」に記入して下さい。

※2「変更」の場合は、変更項目にチェック☑を入れ、「旧」欄へも記入して下さい。

※3「振込先」は、通帳から正確に転記して下さい。

※4「提出者」は、診療報酬の請求者になります。

※5「印」は、代表者印（院長印・理事長印など）と、法人の場合は法人印（角印）を押印して下さい。

※債権者の欄は、開設者と異なる場合のみ、所在地・名称・ＴＥＬを記入して下さい。

受　付　印

マスター入力日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿