北九州市公害医療機関登録（変更）届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 変　更　前 | | | | 新　規　（変更後） | | | | | | | |
| 医療機関名 | (フリガナ) | | | | (フリガナ) | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
| 住　　所 | (フリガナ) | | | | (フリガナ) | | | | | | | |
| (〒　　　　－　　　　　　) | | | | (〒　　　　－　　　　　　) | | | | | | | |
| 電話 | －　　　　　　－ | | | | －　　　　　　－ | | | | | | | |
| 振　込　口　座 | 銀行・信用金庫 | | | | 銀行・信用金庫 | | | コード |  |  |  |  |
| 本店・支店 | | | | 本店・支店 | | |  |  |  |  |
| １　普通 | | | ２　当座 | １　普通 | | ２　当座 | | | | | |
| 口座番号 | |  | | 口座番号 |  | | | | | | |
| 名義人 | (フリガナ) | | | (フリガナ) | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
| 医師会  加入 | 有　・　無 | | | | 有　・　無 | | | | | | | |
| (有の場合：医師会の名称) | | | | (有の場合：医師会の名称) | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 公害医療機関コード | | | | |
|  |  |  |  |  |

北九州市長　様

　　　申請年月日　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　公害医療機関　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　開設者の氏名又は名称

　電話番号　　　　　　　　　　　　　　－　　　　　　－

　※　記入上の注意

　　　　・新規の場合は、右側の欄にのみ記入してください。

　　　　・公害医療機関コードは、変更の場合は必ずご記入ください。

　　　　　新規の場合は登録届受理後、診療報酬支払額決定通知書にてコードをお知らせします。

　　　　・銀行口座の名義人は、通帳記載のとおりご記入ください。フリガナも必ず記入してください。

　　　　・変更の場合は、変更のあった項目のみ、変更前及び変更後の欄に記入してください。

|  |
| --- |
| （問合せ先）　　　　北九州市保健福祉局保健所保健企画課公害保健係  　　　　　　　　　　〒802-8560　北九州市小倉北区馬借一丁目7-1  　　　　　　　　　　℡　093- 522-8722 |