

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)					

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 - - -

公害医療機関コード				

※ 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
Tel. 093- 522-8722