

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。
- ・振込口座の登録や変更の時には銀行名、口座番号、口座名義等がわかる通帳の写しも一緒に送ってください。
- ・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
--------	--