

新規・変更・廃止

全ての項目を御記入の上、御返送ください。

川崎市公害医療機関(薬局)登録用紙

都道府 県番号		点数表	医療機関(薬局)コード						
医療機関名		カナ							
住所		カナ							
開設者名		カナ							
電話番号		()							
振 込 口 座	銀行支店名	銀行 信用金庫 信用組合			支店 出張所				
	口座種類 口座番号	普通 当座 別段							
	口座名義	カナ							

(注)

都道府 県番号	点数表	医療機関(薬局)コード						
1 4	1	5	0	0	0	0	0	0

*1

*2

*3

*1 都道府県番号を記載すること。(例) 神奈川 14 東京 13

*2 医療機関は1、薬局は4、訪問看護ステーションは7を記載すること。

*3 医療機関(薬局)コードは7ケタを記載すること。

(支払基金等に請求する際使用する番号です。)

(送付先)

〒210-8577

川崎市川崎区宮本町1番地

川崎市健康福祉局保健医療政策部環境保健担当

電話 044-200-2488