

改印届

年 月 日 提出

東京都国民健康保険団体連合会
理事長 様

届出者

法人
所在地

法人名

開設者
氏名

印

次の施設につき先に登録した請求書に使用する印鑑を変更致しますので、下記のとおり届出致します。

施設（事業）種別 ※複数選択可	施設番号				
<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	2	1			
<input type="checkbox"/> 更生施設（入所）	5	1			
<input type="checkbox"/> 救護施設（入所）	5	2			
<input type="checkbox"/> 保護施設通所事業（通所訓練）	5	3			
<input type="checkbox"/> 保護施設通所事業（訪問指導）	5	3			
<input type="checkbox"/> 保護施設一時入所事業	5	4			
<input type="checkbox"/> 日常生活支援住居施設	5	5			

施設名	
所在地	

記

※ 簡易浸透印（シャチハタ）及び個人印は使用できません。

新 印鑑

請求書に使用する印

旧 印鑑

請求書に使用する印

（紛失の場合は要なし）

国 保 連 使 用 欄	照合	確認
	月 日	月 日