

## 8 契約内容の変更等の手続

㊦医療券等を医療機関等で取り扱うに当たり、契約の際に提出していただいた「契約医療機関等届出書」の内容に変更等が生じた場合は、以下のとおり手続をお願いします。

届出書等は、東京都のホームページから入手可能です。

### (1) 届出事項に変更が生じた場合

医療機関の 所在地 変更事項	都 外 医 療 機 関 等
医療機関コード	東京都福祉局に「 <b>契約医療機関等の届出書(変更)</b> 」 (P21 参照) を提出してください。
医療機関情報 (名称・住所・電話番号)	
開設者情報 (住所・名称)	
支払金振込口座	<b>都外</b> の医療機関等で、口座情報が変更になる場合は必要。 (※ 都内は不要です。 <u>国保連合会に届出てください。</u> )

### (2) 東京都医師会又は東京都薬剤師会に加入した場合

東京都福祉局と契約を個別に締結した後、東京都医師会又は東京都薬剤師会に加入された場合は、東京都と東京都医師会又は東京都薬剤師会との間で契約を締結しているため、各医療機関等と東京都の個別の契約は不要となります。

→「**東京都医療費助成に係る契約解除の申し出について**」(P23) を提出してください。

### (3) 契約の解除を希望される場合

一度契約を締結した後は、契約の当事者の双方どちらからか契約解除の意思表示がなされない限り、自動的に更新されております。何らかの事情により契約を解除される場合は、解除の手続をお願いします。

→「**東京都医療費助成に係る契約解除の申し出について**」(P23) を提出してください。

届出書等をホームページで入手する場合は、  
東京都又は東京都福祉局のトップページを開き、

で  してください。 

[アドレス]

<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/keiyakuyoushiki.html>

【契約に関する問い合わせ及び届出書等の送付先】

郵便番号 163-8001

住 所 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

東京都福祉局生活福祉部医療助成課医療調整担当

電話番号 03-5320-4453 (ダイヤルイン)

ファクシミリ 03-5388-1437

# 契 約 医 療 機 関 等 の 届 出 書 ( 変 更 )

【記入日】 令和 年 月 日

該当する項目に○をつけてください。		都内 ・ 都外 ( 都 ) ・ 都外 ( 障 )
医 療 機 関 等	名 称	(フリガナ)
	医療機関コード	[医科・歯科・調剤・訪看]
	所 在 地	(フリガナ)
	電話番号	
変更事項 [ 該当する項目に○をつけてください。 ]		・ 開 設 者 情 報・・・開設者名〔法人名称、開設者氏名、個人→法人〕 住所〔移転・住居表示〕 ・ 医療機関等情報・・・医療機関コード、名称、住所〔移転・住居表示〕 電話番号 ・ 振込口座 ※1                      ・ その他 (                      )
変 更 前		医療機関コード                      [医科・歯科・調剤・訪看]  
変 更 後		医療機関コード                      [医科・歯科・調剤・訪看]  
変更年月日		令和 年 月 日

**【開設者】※2**

住 所  
氏 名

※1 都外機関で振込口座の内容(口座名義等)に変更がある場合は、裏面に記入してください。都内機関については、変更がある場合でも、裏面の記入は不要です。

※2 開設者が**法人**の場合・・・法人名称及び代表者氏名・主たる事務所の住所を、  
 ” **個人**の場合・・・開設者の氏名・住所を記入してください。

都外医療機関等で  
口座変更の場合のみ  
記載してください

【裏面】

## 支 払 金 口 座 依 頼 書

振込先金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	店
金融機関コード		
支店コード		
振込口座	預金種別	普通 ・ 当 座 ・ 貯 蓄 ・ 別 段
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義	

東京都から私に支給される医療費等は、上記の口座に口座振替の方法をもって振り込んでください。

年 月 日

東 京 都 知 事 殿

住 所

氏 名

(契約者)

診療報酬点数表 (医科・歯科・調剤・訪問)

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

### ご注意

口座名義は、通帳を見て正確に記入してください。

## 東京都医療費助成に係る契約解除の申し出について

該当する項目に ○を付けてくだ さい	都内      ・      都外 <sup>都</sup> ・      都外 <sup>障</sup>		
医 療 機 関	名      称		
	住      所		
	医療機関 コード	〔医科・歯科・調剤・訪看〕	
解 除 理 由			
解除年月日	令 和              年              月              日		

※注 契約を解除するひと月前までに申し出てください。

令和      年      月      日

【開設者】※

住      所

開設者名

※医療機関の開設届に記載されている、開設者氏名、住所を記入してください。

- ・法人の場合    法人名称及び代表者の職・氏名、主たる事務所の住所
- ・個人の場合    開設者氏名、住所