

電子レセプトのCSV情報による請求中止申出書

社会保険診療報酬支払基金 _____ 支部 御中

申出年月日 令和 年 月 日

電子レセプトのCSV情報による請求について次のとおり中止します。

※ レセプト電子データ提供を希望している場合は、レセプト電子データ提供も併せて中止します。

1 全ての項目にご記入ください。

保険者名	Ⓜ	保険者番号							担当者	
所在地	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
電話番号	()					FAX番号	()			

2 CSV情報による請求中止月をご記入ください。

請求中止月	令和 年 月から
-------	----------

※ 「令和元年7月から」と記入した場合、令和元年5月診療分から電子レセプトのCSV情報による請求を中止します。

※ 電子レセプトのCSV情報による請求中止月の前々月の20日までに申出書を支払基金支部に提出してください。