令和　　年　　月　　日

社会保険診療報酬支払基金岡山支部　御中

**当座口振込通知書 早期発行 依頼書**

当座口振込通知書の早期発行を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者： | 　　　　　　　　　　 |
|  |  |
| 電話番号： | 　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 点数表区分（該当する項目に✔） | [ ] 医科　　[ ] 歯科[ ] 調剤　　[ ] 訪問[ ] 健診　　[ ] 助産所 | 保険医療機関等コード |  |
| 保険医療機関等名称 |  |
| 保険医療機関等所在地 |  |
| 開設者氏名・印 |  | ㊞ |
| 診療（調剤）年月 |  　　　　　　　年　　　　月診療分 |  |
| 振込年月 |  　　　　　　　年　　　　月振込 |  |
| 早期発行理由 |  |
| 依頼者氏名・印 |  | ㊞ |
| 依頼者送付先 |  |  |

* 宛先を記載した**返信用封筒（切手貼付）を必ず同封**してください。

【留意事項】

１　個人情報保護のため、**電話・ファクシミリによる支払金額の照会、早期発行依頼については応じられません**のでご了承願います。

２　**会計事務所等の代理人が依頼される場合は、開設者の委任状及び印鑑登録証明書（発行から3か月以内の原本）が必要です。**

３　お問合せについては、支払基金岡山支部までお願いします。

４　開設者からの依頼については、保険医療機関等所在地への送付となります。

記載例

令和　**２**年　**１**月　**６**日

早期発行依頼に係る担当者と電話番号を記入してください。

社会保険診療報酬支払基金岡山支部　御中

**当座口振込通知書 早期発行 依頼書**

当座口振込通知書の早期発行を依頼します。

保険医療機関等コード（7桁）を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者： | **基金　花子** |
|  |  |
| 電話番号： | **086-●●●-●●●●** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 点数表区分（該当する項目に✔） | [ ] 医科　　[ ] 歯科[ ] 調剤　　[ ] 訪問[ ] 健診　　[ ] 助産所 | 保険医療機関等コード | 保険医療機関等の開設者（法人の場合は、法人名及び代表者名）を記入してください。 |
| 保険医療機関等名称 | **◯◯医院** |
| 保険医療機関等所在地 | **〒９９９－１２３４****岡山市○○区○○ ○－○－○** |
| 開設者氏名・印 | **岡山　太郎** | ㊞ |
| 診療（調剤）年月 |  　　　**令和　元**　年　**７**　月診療分 |  |
| 振込年月 |  　　　**令和**　**元**　年　**９**　月振込 |  |
| 早期発行理由 | **○○のため** |
| 依頼者氏名・印 | **基金　花子**早期発行を依頼する診療（調剤等）年月及び振込年月の両方を和暦で記入してください。 | ㊞ |
| 依頼者送付先 | **〒１２３－９９９９****倉敷市○○ ○－○－○** |  |

**会計事務所等の代理人が依頼される際の留意点**

**次の書類を添付してください。**

**（1）委任状（必須）**

・支払基金ホームページの様式集に掲載されています。

・「委任者」欄には実印を押印してください。

**（2）印鑑登録証明書（発行から3か月以内の原本）（必須）**

**（3）身分証明書等（運転免許証の写し、名刺等）**

・委任状の「受任者」欄に記載の住所と「依頼者送付先」が異なる場合のみ必要です。

* 保険医療機関等届において登録させていただいている電話番号に、開設者と依頼者の関

係性を確認させていただくことがございます。