

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✓)	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> 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	(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	(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

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

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。

当座口振込通知書の早期発行を依頼します。

担当者： 基金 花子

保険医療機関等コード（7桁）
を記入してください。

電話番号： 086-●●●●-●●●●

点数表区分 (該当する項目に✓)	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> 助産所	保険医療機関等 コード
保険医療機関等 名称	〇〇医院	
保険医療機関等 所在地	〒999-1234 岡山市〇〇区〇〇 〇-〇-〇	
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	〇〇のため	
依頼者氏名・印	基金 花子 (印)	
依頼者送付先	〒123-9999 倉敷市〇〇 〇-〇-〇	

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。

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。

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。