審査委員会名簿提供依頼書

令和　　年　　月　　日

社会保険診療報酬支払基金　殿

氏名又は名称（法人その他の団体にあってはその名称及び代表者の氏名）

住所又は居所（法人その他の団体にあっては主たる事務所等の所在地）

〒

　　　　　　　　℡　　　　（　　　　）

下記により○○○社会保険診療報酬請求書審査委員会名簿の提供をお願いします。

記

１　開示（提供）方法

⑴　閲覧

⑵　メール

（連絡先メールアドレス）

⑶　郵送

（郵送先）※連絡先が上記以外の場合は、連絡担当者の住所・氏名・電話番号

〒

　　　　　　　　℡　　　　（　　　　）

ご希望の提供方法の番号に○を記入ください。

なお、３のコピーの送付を希望する場合は、郵便切手を貼付した返信用封筒を提出願います。

２　使用目的（任意）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付印 |  |

（※の欄は記入しないでください。）