令和　　年　　月　　日

連名簿の受取り形態に係る届出書

社会保険診療報酬支払基金

　　　審査委員会事務局　御中

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施機関（県市町村）番号 | 実施機関（県市町村）名称 | 担当課 | 担当者名 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

本実施機関は、令和　年　月受取り分（　月診療分）からのレセプト及び連名簿の受取り形態について、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受取り形態 | 提出申出書等 |
|  | オンライン | 別紙１「電子レセプトのＣＳＶ情報による請求申出書 兼 レセプト電子データ提供申出書」別紙２「電子証明書発行等依頼書」 |
|  | 電子媒体 | 別紙１「電子レセプトのＣＳＶ情報による請求申出書 兼 レセプト電子データ提供申出書」別紙３※「電子媒体による連名簿（ＣＳＶ形式）請求開始申出書」※　連名簿ＣＳＶを複数実施機関まとめて受け取る場合にのみ提出願います。 |
|  | 紙媒体 |  |
|  | 紙媒体＋電子媒体 | 別紙３「電子媒体による連名簿（ＣＳＶ形式）請求開始申出書」 |

いずれかに○を付けて下さい。

注１　請求（提供）開始月又は変更月の前々月の20日までに所在する都道府県の支払基金審査委員会事務局に上記の提供申出書等を提出願います。