

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 _____ 支部 御中

実施機関（区市町村）番号	実施機関（区市町村）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
い ず れ か に ○ を 付 け て 下 さ い。	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・失効）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」

注1 請求（提供）開始月又は変更月の前々月の20日までに支払基金支部に上記の提供申出書等を提出願います。