電子媒体による連名簿（ＣＳＶ形式）請求( 開始 ・ 変更 ・ 中止 )申出書

＊　いずれかに○を付けてください。

　社会保険診療報酬支払基金　　　　審査委員会事務局　御中

|  |  |
| --- | --- |
| 申出年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

電子媒体による連名簿（ＣＳＶ形式）請求について、次のとおり申し込みます。

１．次の項目を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　出　者 | 所　在　地 | 〒　　　　　― | | | 電話番号　　　　（　　　）　　　　　【内線　　　　】  ＦＡＸ番号　　　　（　　　） | | | | | | | | |
| 市町村名又は団体名 |  | | 実施機関番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 担　当　課（係） |  | | 担当者名 |  | | | | | | | | |
| 送付先住所  ＊送付先が所在地と異なる場合のみ記入ください。 | 〒　　　　　― | | | 電話番号　　　　（　　　）　　　　　【内線　　　　】  ＦＡＸ番号　　　　（　　　） | | | | | | | | |
| 送付先宛名及び担当者名 |  | | | | | | | | | | |

注）原則として、送付先住所は請求関係帳票と同じ送付先にしてください。

２．一括して電子媒体に記録する実施機関等番号を記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施機関等番号（8桁）  ＊記載しきれない場合は別紙に記入し添付して下さい。 |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |

注）　原則として、支払基金との契約形態単位に一括して記録することになります。

３．変更を申出する場合、変更内容を簡記してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 変更内容 |  |

４．開始、変更又は中止月について、いずれかに○を付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 令和 年　　月から（　開始　・　変更　・　中止　）します。 | ＊「令和2年5月から」と記入した場合は、令和2年3月診療分の請求より開始、変更又は中止となります。 |

注）　請求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提出してください。