

* いずれかに○を付けてください。
電子媒体による連名簿（CSV形式）請求（開始・変更・中止）申出書

社会保険診療報酬支払基金 _____ 支部 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】
	市町村名又は団体名	_____ (印)	FAX番号 () _____	
	担当課(係)		実施機関番号	
	担当課(係)		担当者名	
	送付先住所	〒 _____	電話番号 () _____	【内線】
	* 送付先が所在地と異なる場合のみ記入ください。	送付先宛名及び担当者名	FAX番号 () _____	

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日までに支払基金支部に提出してください。