社会保険診療報酬支払基金　　　　審査委員会事務局　御中

電子媒体による標準帳票の提供中止申出書

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

電子媒体による標準帳票の提供について、次のとおり中止します。

１．次の項目に記載願います。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　出　者 | 所　在　地 | 〒　　　　　― | | 電話番号　　　（　　　　）　　　　【内線　　　】  ＦＡＸ番号　　　（　　　　） |
| 市町村名又は団体名 |  | 代表者名 |  |
| 担　当　課（係） |  | 担当者名 |  |

２．中止する実施機関番号を記載願います。（記載しきれない場合は別紙に記入し添付して下さい。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

３．データ提供を中止する月を記載願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 中　止　月 | 令和　　年　　月診療分から |

注）　データ提供を中止する診療月の末日までに支払基金審査委員会事務局に提出願います。