様式　３

電子レセプトのＣＳＶ情報による請求中止申出書

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 |

電子レセプトのＣＳＶ情報による請求について次のとおり中止します。

※　レセプト電子データ提供を希望している場合は、レセプト電子データ提供も併せて中止します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 |  | | | | | | | | | | 保険者番号 |  |  | |  |  | |  |  |  |  | 担当者 |  |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **〒** |  |  |  | ― |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | （　　　） | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | （　　　） | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **１** | 全ての項目にご記入ください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **２** | ＣＳＶ情報による請求中止月をご記入ください。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求中止月 | 令和　　　年　　　月から | ※ 「令和元年７月から」と記入した場合、令和元年５月診療分から電子レセプトのＣＳＶ情報による請求を中止します。 |
| ※　電子レセプトのＣＳＶ情報による請求中止月の前々月の２０日までに申出書を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。 | | |