オンラインによる再審査等請求開始届

令和　　年　　月　　日

社会保険診療報酬支払基金　　御中

オンラインによる再審査等請求を下記のとおり開始します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  | 担当者 |  | | |
| 所在地 | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | ―　　　　　― | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | ―　　　　　― | | |
| メールアドレス |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 請求開始年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | 毎月の請求日 | 日 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| システムベンダ等 | ベンダ名等 | | | |  | | | | | | | | |
| 担当者 | | | |  | | | | | 電話番号 | ―　　　　　― | | |
| メールアドレス |  | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | ※受付印 |  |

【作成要領】

１　この様式は、オンラインによる再審査等請求を開始する一か月前までに、保険者が所在する都道府県の支払基金に提出してください。

　　なお、請求を開始する前に確認試験を実施願います。

２　「保険者名」欄には、保険者名又は実施機関名を記入してください。

３　「保険者番号」欄には、保険者番号又は実施機関番号を記入してください。

４　「請求開始年月日」欄には、請求を開始する年月日を記入してください。

　　なお、日付けが確定していない場合、年月のみの記入であっても差し支えありません。

５　「毎月の請求日」欄には、毎月、請求を行う予定日がある場合、記入してください。

６　「備考」欄には、特記する事項等がある場合、記入してください。

７　「※受付印」欄は、支払基金使用欄ですので、記入の必要はありません。