

記載例

「開始」又は「中止」を○で囲みます。

オンラインによる請求前資格確認（開始・中止）申出書

保険者所在地の都道府県名を記入します。

令和4年10月1日

社会保険診療報酬支払基金 御中

届出年月日を記入します。

1 オンラインによる請求前資格確認について、次のとおり申請します。

保険者名	支払基金健康保険組合 本部支部								
保険者番号	0	6	1	3	9	9	9	担当者	基金 太郎
所在地	〒999-1234 東京都港区新橋1-2-3								
電話番号	03-1234-5678			メールアドレス	abc1234@xyz.or.jp				
資格確認 開始年月	令和 4年 12月			資格確認 中止年月	令和 年 月				

注 オンラインによる請求前の資格確認を実施する年月を記入します。
診療年月ではありませんので、ご注意願います。

2 保険者支部等一覧

No.	保険者番号	保険者名	支部名	電話番号	支部 担当者
1	06019990	支払基金健康保険組合	北海道支部	01-991-9991	〇〇
2	06059991	〃	秋田支部	02-992-9992	〇〇
3	06109992	〃	群馬支部	03-993-9993	〇〇
4	06159993	〃	新潟支部	04-994-9994	〇〇
5	06209994	〃	長野支部	05-995-9995	〇〇
6	06259995	〃	滋賀支部	06-996-9996	〇〇
7	06309996	〃	和歌山支部	07-997-9997	〇〇
8	06359997	〃	山口支部	08-998-9998	〇〇
9	06409998	〃	福岡支部	09-999-9999	〇〇
10	06459999	〃	宮崎支部	90-990-9990	〇〇

注 電子レセプト(CSV情報)を一括して受領しているすべての組合支部（又は組合本部）を記載してください。