

【廃止医療機関等向け】オンライン請求医療機関等帳票発行依頼書

令和 年 月 日

機関番号		電話番号	()
機関名			
開設者氏名		担当者名	
機関所在地	(〒 -)		
廃止年月日	令和	年	月 日
オンライン請求システム廃止年月日	令和	年	月 日
請求(診療)年月	令和	年	月分 (年 月診療分)

【留意事項】

1. 発行依頼は本依頼書で**郵送**にて受付けます。
(電話、FAX、会計事務所等代理人による支払金額照会、発行依頼については応じられません。)
2. 原則として**本会へ届け出ている保険医療機関等所在地に送付**いたします。
3. 複数機関を同時に発行依頼する場合は、**機関番号ごとに依頼書を作成**してください。なお、帳票類も**機関番号ごとの所在地**へそれぞれ送付いたします。
4. 発行希望の請求(診療)月が複数となる場合は、**請求(診療)月ごとに依頼書を作成**してください。
5. 本依頼書には、**介護給付費、特定健診、予防接種は含まれません**。
6. 本依頼書にて発行可能な帳票は、上記「オンライン請求システム廃止年月日」以降に配信となった帳票のみが対象となります。

←1～6を確認の上、✓をお願いします。

【お問合せ・送付先】

〒850-0025 長崎市今博多町 8-2 長崎県国民健康保険団体連合会 審査課 TEL(095)826-7731

受付印

連合会使用欄					
受付		確認		発送	
/		/		/	