

見本

令和 年 月 日

請求支払額引受書

大阪府国民健康保険団体連合会
理 事 長 様

下記廃止保険医療機関等が過誤再審査等により調整額が発生したときには、引受保険医療機関等の診療報酬等債権から調整し、廃止保険医療機関等の月遅れ請求等分は引受保険医療機関等の口座に支払うことを了承します。

引受保険医療機関等コード	変更後の新医療機関コード、医療機関所在地を記載してください。	点数表	医科・歯科・調剤・訪問看護
所在地	法人の場合は法人名・役職・代表者名を、個人の場合は代表者（開設者）名を記載してください。	印鑑証明の印を押印してください。 なお、 <u>印鑑証明書（3か月以内の原本）も併せて提出願います。</u>	
名称			
開設者氏名		印鑑証明 印	
廃止保険医療機関等コード	変更前の旧医療機関コード、医療機関所在地を記載してください。	点数表	医科・歯科・調剤・訪問看護
所在地	法人の場合は法人名・役職・代表者名を、個人の場合は代表者（開設者）名を記載してください。	印鑑証明の印を押印してください。 なお、 <u>印鑑証明書（3か月以内の原本）も併せて提出願います。</u>	
名称			
開設者氏名		印鑑証明 印	

また、貴会から送付される廃止保険医療機関等あて郵送物（廃止保険医療機関等の月遅れ請求等分に係る通知等）の引受保険医療機関等への転送希望については次のとおりです。（該当するものに○をしてください。）

- 1 希望する
- 2 希望しない
- 3 その他希望送付先

住 所 _____
宛 名 _____
TEL _____