

(住所)
〒 123 - 4567
東京都千代田区霞が関1-2-2

(氏名) 資格 太郎

記載例

←回答書の送付先を記載してください。

赤字部分を記載の上、提出してください。

ここに記載いただいた住所及び氏名宛に回答書を送付します。

受付番号 情報提供依頼書 兼 回答書

オンライン資格確認システムの導入のため、受付番号(保険医療機関等として指定された後に付与予定の医療機関・歯科併設の医療機関は、それぞれで受付番号が必要となります。「受付番号情報提供依頼書兼回答書」を医科分と歯科分で別々にご提出ください。

医科 歯科 薬局	名称	オン資クリニック
	所在地	〒 123 - 4567 東京都千代田区霞が関1-2-2

上記のとおり依頼します。

令和 3 年 3 月 31 日
〇〇 厚生(支)局 御中

開設者の氏名(法人の場合は、名称、代表者の職・氏名)
(氏名)
資格 花子

※オンライン資格確認の導入に向けて、オンライン資格確認実施機関から提供された仮コードを記載してください。

オンライン資格確認実施機関から提供された仮コード

0	0	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---

仮コード申請時の医療機関・薬局の名称・所在地
(名称) オン資クリニック

(所在地) 〒 123 - 4567
東京都千代田区霞が関1-2-2

オンライン資格確認の導入に向けて、オンライン資格確認実施機関から提供された仮コードを記載してください。
※医療機関等向けポータルサイトのアカウント登録時に利用したものです。
仮コードと受付番号の入替にあたり必要となります。(忘れてしまった場合は、空欄のままご提出ください)

上記の依頼について、受付番号を回答します。

受付番号

※当該回答は保険医療機関・保険薬局としての指定ではありません。受付番号はオンライン資格確認の準備にのみ利用し、適切に管理してください。

令和 年 月 日
〇〇 厚生(支)局
(公印省略)