

(住所) 〒	—
(氏名)	
	様

別紙 1

←回答書の送付先を記載してください。

## 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等コード)の情報提供を希望します。

(情報提供を希望する医療機関・薬局)

医科 ・ 歯科 ・ 薬局	名称	
	所在地	〒 —
指定希望日(予定)	令和	年 月 日

上記のとおり依頼します。

令和 年 月 日  
関東信越厚生局 御中

開設者  
(氏名)※法人の場合は、名称、代表者の職・氏名

(保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号)  
※保険医又は保険薬剤師の場合は記入ください。

担当者の連絡先(電話番号)

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  
関東信越厚生局  
(公印省略)