

(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 | 〒 |

上記のとおり依頼します。

令和 年 月 日
四国 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)

※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 | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|

仮コード申請時の医療機関・薬局の名称・所在地
(名称)

(所在地) 〒

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

四国 厚生支局
(公印省略)