

(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	名 称	オン資クリニック
歯 科	所在地	〒 123 - 4567
薬 局	所在地	東京都千代田区霞が関1-2-2
指定希望日(予定)	令和 6 年 4 月 1 日	

上記のとおり依頼します。

令和 6 年 2 月 1 日

四国 厚生支局 御中

開設者

(氏名)※法人の場合は、名称、代表者の職・氏名

資格 花子

(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。

○○XXXX

担当者の連絡先(電話番号)

XXX-XXX-XXXX

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)