

連 絡 票

令和 年 月 日

【送 信 先】 東海北陸厚生局 事務所 指導課

宛

【送信事項】 連絡先について

連 絡 先	保 険 医 療 機 関 コ ー ド			
	保 険 医 療 機 関 の 名 称			
	電 話 番 号		()	
	ど ち ら か 一 方	送付先電子メールアドレス	※ フリーメール（Gmail、Yahooメール、Outlookメールなど）の指定はご遠慮ください。	
		※記入誤りに注意	(メールアドレス宛先名)	
		送 付 先 F A X 番 号	()	
	連 絡 に 係 る 担 当 者 氏 名			
担 当 者 連 絡 先 (電 話 番 号)		()		

※ 1 当課からの送付日に連絡の取れる電子メールアドレス（電子メールにより対応できない場合はF A X 番号）、電話番号を記載してください。送付日が医療機関の休診日にあたるときは別途ご連絡ください。

※ 2 「保険医療機関の概要」（別添 1）、「診療業務及び診療報酬請求事務の流れ図」（別添 2：任意様式でも可）と併せて、ご送付ください。