医療機関（薬局・ステーション）廃止に伴う連絡先届

医療機関（薬局・ステーション）コード

――――――――――――――――――――――――――――――――

医療機関（薬局・ステーション）名称

――――――――――――――――――――――――――――――――

廃止年月日

（厚生局へ届け出た廃止日を記載してください）

――――――――――――――――――――――――――――――――

◆廃止後の連絡先◆

（ 〒904-0013　　　　 　）

住　所

――――――――――――――――――――――――――――――――

電話番号

――――――――――――――――――――――――――――――――

ご担当者名

――――――――――――――――――――――――――――――――

◆本届出を行うことにより、沖縄県国民健康保険団体連合会よりお送りして

おります以下の書類が廃止後の連絡先へ送付されます。

・支払額決定通知書

・返戻レセプト

|  |
| --- |
| 受 付 印 |
|  |
| 登 録 日 |
|  |

・審査結果の内容

 ・文書連絡　など

※個人情報に関する事項については、沖縄県国民健康保険団体連合会の業務へ用いるものであり、個人情報保護法　第１６条３項のほか、本人の同意を得た場合を除き他の.利用目的に使用することはありません。

提出先：国保連合会　審査課　（Fax送信可）

.Fax番号　098-867-6774