

同意書

令和 年 月 日

沖縄県国民健康保険団体連合会
理事長 殿

届出者 住所
(申請者)
氏名

印

診療報酬の調整について

旧医療機関(薬局・ステーション)で発生した過誤(返還金を含む)及び月遅れ請求分等については、新規医療機関(薬局・ステーション)において調整することに同意します。

旧

新規

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						



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						

受付印	
-----	--