

令和 年 月 日

医療費助成事業オンライン報告システム
終 了 申 請 書

沖縄県国民健康保険団体連合会 理 事 長 殿

住 所

医療機関名

代 表 者

印

医療費助成事業 オンライン報告システムの利用について、下記のとおり申請いたします。

記

申 請 内 容	(カナ)	
	医療機関等名称	
	区分	1:医科、3:歯科、4:調剤
	医療機関コード	
	終了年月	令和 年 月
	(カナ)	
	開設者名または代表者名	
	郵便番号	〒 -
	(カナ)	
	住 所	
電話番号	098 - -	
メールアドレス		
理 由		

令和〇〇年〇〇月〇〇日

提出日を記載。

医療費助成事業オンライン報告システム

終了申請書

開設者(代表者)もしくは医療機関印を使用し、押印。

沖縄県国民健康保険団体連合会 理事長 殿

住所 沖縄県 〇〇市 △△△丁目□□-□□
医療機関名 〇〇〇〇〇病院
代表者 国保 太郎



医療費助成事業 オンライン報告システムの利用について、下記のとおり申請いたします。

記

Table with 2 columns: 申請内容 (Application Content) and details. Rows include medical institution name (〇〇〇〇〇〇ビョウイン), district (1:内科, 3:歯科), medical institution code (19999999), completion date (平成27年01月), representative name (国保 太郎), postal code (〒999-9999), address (オキナワケン 〇〇シ △△△チョウメ □□-□□), phone number (098-888-9999), email (〇〇〇〇〇〇〇〇@kodomoiryou.or.jp), and reason (閉院するため).