

令和 年 月 日

医療費助成事業オンライン報告システム  
新規申請書

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。

なお運用については、沖縄県国民健康保険団体連合会おきなわ医療・保健連携ネットワーク運用管理規程および医療費助成事業オンライン報告システム利用条件を遵守いたします。

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	
	(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	
	使用する OS(オペレーティング・システム)	Windows ( 8.1、10 )
	システムベンダー (使用しているレセコンメーカー)	
	使用している ウイルス対策ソフト	
理 由		

令和〇〇年〇〇月〇〇日

医療費助成事業オンライン報告システム

提出日を記載。

新規申請書

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

※医療機関番号の変更等より新規申請する場合には、終了申請書も一緒に提出してください(過去の履歴を確認する必要があるため)

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。
なお運用については、沖縄県国民健康保険団体連合会おきなわ医療・保健連携ネットワーク運用管理規程および医療費助成事業オンライン報告システム利用条件を遵守いたします。

記

Table with 2 columns: Field Name and Value. Fields include medical institution name, district, code, representative name, address, phone, email, OS (Windows 10), system vendor (ORCA), and reason for application.

申請内容

※全項目必須記入

ご使用のメールアドレスを記載

現在使用しているレセコン名を記載

使用する PC の OS を選択