

令和 年 月 日

医療費助成事業オンライン報告システム
変更申請書

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							
	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							

※変更箇所にレ印

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

変更申請書

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



指定された医療機関コードを記載。

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: 申請内容 (Application Content) and 変更箇所 (Change Points). Rows include medical institution name, district, code, address, phone, OS, and reason for change.

医療機関等 番号より 下段は、 変更箇所のみ 記載する事。

※変更箇所にレ印