

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

診療報酬及び医療費助成の調整について

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。

※ 医療費助成は医療費助成現物給付費、現物給付手数料、自動償還手数料をいう。

旧

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						

→

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						

受付印	
-----	--