

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

※ 法人化及び住所移転に伴う
医療機関（薬局・ステーション）
コードの変更等に該当する場合
提出をお願いします。

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

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	
-----	--