

概算前払申請書

診療報酬等の概算前払について、「概算前払額の調整方法に関する同意」の内容に同意の上、申請します。

(締切：令和2年6月5日必着)

申込日 令和 年 月 日

都道府県名		(都道府県コード：)					
医科・歯科・調剤・訪問看護		<small>※該当箇所を○で囲んでください。 ※併設する保険医療機関等については、それぞれ申請が必要となります。</small> 1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問看護					
保険医療機関・保険薬局 訪問看護ステーション コード番号(7桁)							
保険医療機関・保険薬局 訪問看護ステーション名称							
電話番号							
担当	部署名	<small>※部署がない場合は「なし」と記入してください。</small>					
	担当者氏名						
概算前払額の調整方法に関する同意		1. 7月支払分の診療報酬等から減額調整します。 2. 上記で不足する場合には、残額を振込により一括調整します。 (万が一、7月27日の納期までに振込が行われなかった場合は、8月支払分以降の診療報酬等から減額調整します。)					
		上記内容に同意します <input type="checkbox"/> ← チェックがない場合は申請を受け付けることができません。					

注 (国民健康保険団体連合会／社会保険診療報酬支払基金) による診療報酬等の支払についても概算前払を希望される場合は、別途、(国民健康保険団体連合会／社会保険診療報酬支払基金) にも申請が必要となります。

申請先・お問合せ先 (〇:〇〇~〇:〇〇)	〒〇〇-〇〇 〇〇県〇〇市 〇-〇-〇 〇〇 〇〇事務局 TEL : 〇〇-〇〇-〇〇
--------------------------	---

- 概算前払額決定通知書は、後日、当座口振込通知書の住所に送付します。
- 申請によって得た個人情報は、概算前払及びそれに付随する減額調整業務以外の目的には使用いたしません。