

概算前払額減額調整猶予申請書

診療報酬等の概算前払額に係る減額調整猶予について、「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7月1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		※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。 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	※部署がない場合は「なし」と記入してください。
	担当者氏名	
融資申請中の金融機関	金融機関名称 (任意)	※融資を申請している金融機関が複数ある場合には、2つ目以降の金融機関は、下記の「その他資金繰り対策の状況」欄に記入してください。
	金融機関コード (任意)	
その他資金繰り対策の状況 (任意)		
調整期間		調整開始月 調整終了月を○で囲んでください。 8月から 8月 9月 10月 11月 12月 まで 注1 調整期間は令和2年8月から令和2年12月における診療報酬等の支払月(最大5か月)とします。 注2 調整期間における分割金額は、調整額総額を分割月数で除し、1円未満の端数は分割調整の最終月に調整します。 注3 調整方法に関する希望に変更が生じた場合は、支払基金と国民健康保険団体連合会のそれぞれに、連絡をお願いします。
調整方法に関する同意		金融機関等から調整所要額の融資が実行された場合には、残りの分割期間の月数によらず、一括で診療報酬等からの減額調整又は振込により調整します。 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概算前払額に係る減額調整猶予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 〇〇事務局 TEL : 〇〇-〇〇-〇〇
--------------------------	----------------------------------------------------

● 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。