

令和 年 月 日

滋賀県国民健康保険団体連合会 御中

住所  
開設者氏名

㊟

福祉医療費請求書（連名簿）にかかる磁気媒体を用いた請求に関する届出

福祉医療費請求書（連名簿）について下記のとおり磁気媒体にて請求を行ないま  
す。

記

1. 医療機関コード：
2. 保険医療機関名：
3. メーカー名称：
4. メーカー連絡先：
5. 請求開始・中止・変更年月 令和 年 月請求分から
6. 磁気媒体 MO ・ FD ・ CD-R