

発行又は失効に○印

電子証明書（発行・失効）依頼書
【保険医療機関 保険薬局 特定健康診査・特定保健指導機関】

記入例

各都道府県の支払基金宛

御中

平成 年 月 日

開設者 住所

又は

請求者 氏名（代表者）

印

電子証明書の発行（失効）を依頼します。

機関種別	<input type="checkbox"/> 保険医療機関 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 特定健診・特定保健指導機関	都道府県	点数表	機関コード				
		省略可						
機関名称	(フリガナ)							
所在地	〒 □□□□ - □□□□							
電話番号	- -							
電子証明書の使用用途	<input type="checkbox"/> レセプトのオンライン請求で使用します。 <input type="checkbox"/> 特定健診・特定保健指導費用のオンライン請求で使用します。 <input type="checkbox"/> レセプト及び特定健診・特定保健指導費用のオンライン請求で使用します。							
発行料（更新料）	<input type="checkbox"/> 診療（調剤）報酬支払額から控除することを希望します。 <input type="checkbox"/> 払込請求書による振込みを希望します。 ※ 機関種別が特定健診・特定保健指導機関の場合には、「払込請求書による振込み」を選択してください。							
失効理由								

注：電子証明書は社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会共通です。

基金使用欄	受付		確認	
-------	----	--	----	--

支払基金のみ