令和 　　年 　　月 　　日

山口県国民健康保険団体連合会　あて

福祉医療費請求ＩＤ・ＰＷ取得依頼書（インターネット用）

インターネットを利用して福祉医療費請求を行うため、必要となるＩＤ（利用者識別番号）及びＰＷ（暗証番号）の付与を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 点数表区分 | 医　科 　・ 　歯　科 　・　 調　剤　 ・ 　訪　看 |
| 医療機関等コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険医療機関等名 |  |
| 保険医療機関等所在地 | 〒 |
| 利用場所住所（※3） | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当者名（部署・氏名） | 　　　　　　　　　　　 |
| ＩＤ（※4） | ＣＡＦ |
| 備考 |  |

《留意事項》

※１　「点数表区分」欄には、医科、歯科、調剤、訪看の別を○で囲んでください。

※２　「医療機関等コード」、「保険医療機関等名」、「保険医療機関等所在地」欄には、厚生局から発出された指定通知書の記載内容を記載してください。

※３　インターネット利用場所が、保険医療機関等所在地と異なる場合は記入してください。（同所在地の場合は不要）

※４　利用回線がNTT西日本の光アクセスサービスの場合は、光アクセスサービス契約書のお客様ＩＤを記入してください。