**別　紙**

嘉麻市福祉事務所　生活支援課（庶務係）　宛

**医療扶助オンライン資格確認移行連絡票**

　このことについて、下記のとおり、医療扶助オンライン資格確認導入準備が完了した旨、連絡いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 医療機関名または調剤機関名  郵便番号及び住所  電話番号 |  |
| 〒 |
|  |
| 関係機関コード   * 点数区分コード　→　医科：１、歯科：３、調剤：４ | 都道府県コード（２桁）：  点数区分コード（１桁）：  医療機関コード（７桁）： |
| 担当者名 |  |

* 医科と歯科とある場合は、医療機関コードが異なりますのでそれぞれ提出してください。