

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】

令和 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 御中

福島支部

開設者 住所 福島県郡山市松木町2-88  
又は イオンタウン郡山内

電子証明書の発行（失効）を依頼します。

請求者 氏名 崎原 浩 印

機関種別	<input checked="" 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						
		0	7		0	3	3	3	0	8	5
機関名称	(フリガナ) アートシカ アート歯科										
所在地	〒 963 - 8812 福島県郡山市松木町2-88イオンタウン郡山内										
電話番号	024-942-4182										
電子証明書の使用用途	<input checked="" type="checkbox"/> レセプトのオンライン請求で 사용합니다。 <input type="checkbox"/> 特定健診・特定保健指導費用のオンライン請求で 사용합니다。 <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 사용합니다。										
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	
---------------	----	--	----	--