

社会保険診療報酬支払基金理事長 あて

【申請者】

都道府県コード

--	--

 点数表コード

--

保険医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--

保険医療機関名称 _____

開設者氏名 _____

所在地 〒 _____

電話番号 _____

オンライン資格確認等関係補助金等により取得した補助対象等財産に係る財産処分完了報告について

年 月 日 発第 号により承認された表記の財産処分につきましては、完了しましたので報告します。