

御中

## 同 意 書

全国歯科医師国民健康保険組合員の保険料算定基礎資料とするため、私が \_\_\_\_\_ から支払を受けた下記の保険医療機関の診療報酬に係る情報（都道府県番号、点数表、行政地区、保険医療機関コード、診療年月（和暦）、支払確定額合計、源泉徴収税額、差引振込額、医保本人点数・金額、医保家族点数・金額、老人保健点数・金額、食事療養基準額・支給額）を \_\_\_\_\_ から全国歯科医師国民健康保険組合に提供することに同意いたします。

平成 年 月 日

### 記

- 1 提供期間 平成 年 月支払分より、平成 年 月支払分とする。ただし、この同意書の提供期間満了の1か月前までに、何等の意思表示をしない場合は、向こう1か年間順次同意の更新をすることに同意します。
- 2 所在地
- 3 保険医療機関コード
- 4 保険医療機関名
- 5 開設者氏名 ⑧

\* 同意書の留意事項について

- 1 以下の場合においては、所属する医療関係団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会等）を経由して当該支払基金に同意書を提出（再提出）願います。
  - (1) 医療関係団体の会費等の算定基礎データとして、診療（調剤）報酬に係る情報を支払基金から当該団体に提供することに同意する場合
  - (2) 同意書の記載内容（医療機関コード、医療機関名等）に変更等があった場合
- 2 以下の場合においては、速やかに所属する医療関係団体を経由して当該支払基金に同意取消書を提出願います。
  - (1) 同意書を提出後、当該同意を取り消す場合
  - (2) 前1の(2)の場合