〈様式２〉

令和　　年　 月　 日

包括的合意に基づく保険者間調整に係る処理については診療報酬請求権の代理権の付与及び行使等の委任を行いません。

　医療機関所在地　：

医療機関名　　　：

医療機関コード　：

開設者名　　　　： 　　　　　　　　　　　　　 　 印

以　上

|  |  |
| --- | --- |
| 担当名 |  |
| 連絡先 | （　　　）　　　－　　　　（内線　　　） |