

キビタン健康ネット  
オンライン資格確認・請求利用申請書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長 様

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会が運営するネットワークシステムを利用した、オンライン資格確認及びオンライン請求接続サービス（支払基金接続）利用を申請します。

## 施設情報記入欄

申請日	令和 年 月 日
施設名	ふりがな ..... 印
施設区分	1.病院 2.医科診療所 3.歯科診療所 4.薬局 5.訪問看護ステーション
医療機関コード	
開設者氏名	代表者氏名
住所	〒 -
電話番号	
FAX番号	

## オンライン資格確認・請求に関する担当者情報記入欄

氏名	ふりがな .....
職種	所属部署名
担当者電話番号	
Eメールアドレス	@

本書を協議会事務局にFAXしてください。 FAX：050-3730-0128

## 【重要】

当申請書は、キビタン健康ネットの入会施設又は当申請書と同時にキビタン健康ネット施設入会申請を提出する医療機関等が申請可能です。

【事務局】 〒960-8036 福島県福島市新町4番22号 福島県医師会館1F  
電話：024-525-8818 FAX：050-3730-0128

## 事務局取扱欄

<input type="checkbox"/>	利用申請書受理日	: 令和 年 月 日
<input type="checkbox"/>	利用申請承認、接続サービス業者への申請依頼日	: 令和 年 月 日
	オンライン接続開始月	: 令和 年 月