

# レセプト提出代行サービス申込書【継続・新規】

申込年月日 2024年 月 日

鹿児島県歯科医師協同組合  
レセプト窓口担当行き

ご依頼人（住所・氏名・連絡先）

FAX  
099-226-3353  
TEL 099-222-6982

住 所
医療機関名
部 課 名
ご担当者名
電 話 番 号
FAX番号
医療機関コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

※必要事項を記載の上FAXにて  
申込み願います。

提出代行作業開始月 2024 年 月回収分より開始

※継続の医療機関様は記入不要です。

## 作業日

希望回収日へレ点のチェックを記入してください。

レセプト回収月	第1回 回収日	第2回 回収日	提出日
2024年 4月	8日(月) <input type="checkbox"/>	9日(火) <input type="checkbox"/>	10日(水)
5月	8日(水) <input type="checkbox"/>	9日(木) <input type="checkbox"/>	10日(金)
6月	7日(金) <input type="checkbox"/>	8日(土) <input type="checkbox"/>	10日(月)
7月	8日(月) <input type="checkbox"/>	9日(火) <input type="checkbox"/>	10日(水)
8月	8日(木) <input type="checkbox"/>	9日(金) <input type="checkbox"/>	10日(土)
9月	7日(土) <input type="checkbox"/>	9日(月) <input type="checkbox"/>	10日(火)
10月	8日(火) <input type="checkbox"/>	9日(水) <input type="checkbox"/>	10日(木)
11月	8日(金) <input type="checkbox"/>	9日(土) <input type="checkbox"/>	10日(日)
12月	7日(土) <input type="checkbox"/>	9日(月) <input type="checkbox"/>	10日(火)
2025年 1月	8日(水) <input type="checkbox"/>	9日(木) <input type="checkbox"/>	10日(金)
2月	7日(金) <input type="checkbox"/>	8日(土) <input type="checkbox"/>	10日(月)
3月	7日(金) <input type="checkbox"/>	8日(土) <input type="checkbox"/>	10日(月)

※作業日の変更キャンセルは、毎月5日までとさせていただきます。(TEL: 099-251-5812)

希望梱包資材 国保・社保専用 封筒  (レセプト用紙約1,000枚)

国保・社保専用 ダンボール  (レセプト用紙約2,500枚)

(A) 回収日が休診日にあたる場合は、事前にご連絡をお願いします。

(B) 休診時間帯の回収は(可・否)

上記 否 の場合の休診時間 \_\_\_\_ : \_\_\_\_ から \_\_\_\_ : \_\_\_\_ の時間帯は避けて訪問してください。

## 受付確認欄

鹿児島歯協組		日通航空 鹿児島		日通航空 作業店	
受付日	担当者	受付日	担当者	受付日	担当者
/		/		/	