

西暦 年 月 日

別紙様式3を作成した日を記載してください。

社会保険診療報酬支払基金理事長 あて

「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申請の承認通知書」の左上部の名称及び(番号)を記載してください。
例) 基金医院 (0123456789)

廃棄される方の情報を記載してください。

【申請者】

都道府県コード

--	--

 点数表コード

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

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 別添 のとおり完了しましたので報告します。

「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申請の承認通知書」の日付及び発番号を記載してください。

財産処分完了に係る確認書類を添付してください。

(例) 廃棄の場合

- ・ 廃棄の過程がわかる書 (類廃棄契約書、廃棄証明書等)

譲渡の場合

- ・ 譲与契約書

なお、確認書類が添付できない場合は、添付できない理由及び財産処分の承認通知に基づく財産処分を行ったことに相違がない旨記載した申立書を添付してください。