別紙様式3　　西暦　　年　　月　　日

医療情報基盤・診療報酬審査支払機構理事長　あて

【申請者】

都道府県コード			点数表コード						
保険医療機関等コード									

保険医療機関等名称

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　本医支医助　　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。