別紙様式3

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。

医療情報基盤・診療報酬審査支払機構理事長　あて

「電子処方箋管理サービス関係補助金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）DX審査支払機構クリニック
（0112345678）

【申請者】

都道府県コード	0	1		点数表コード				1
保険医療機関等コード	2	3	4	5	6	7	8	

保険医療機関等名称　ＤＸ審査支払機構クリニック

開設者氏名

所在地　〒

廃棄される方の情報を記載してください。

電話番号

電子処方箋管理サービス関係補助金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。

「電子処方箋管理サービス関係補助金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」の右上部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（類廃棄契約書、廃棄証明書 等）
譲渡の場合
・譲渡契約書

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