

別紙様式2

特定疾患医療給付等に関する契約申し出書

令和 年 月 日

群馬県知事

あて

所在地
名称
代表者
電話

特定疾患医療給付及び先天性血液凝固因子障害等医療給付を行うため、次により契約を締結したいので申し出する。

実施医療機関等の 名称及び所在地 (TEL)	〒 ー (TEL ー ー)
契約期間	年 月 日 ～ 年 3 月 3 1 日
診療科目 * 1	
保険医療機関等 コード * 2	

- * 1 診療科目欄について、調剤薬局及び訪問看護ステーションはそれぞれ「調剤」、「訪問看護」と記入してください。
診療科が多数の場合は、別紙でもかまいません。
- * 2 地方厚生局より付与される7桁のコードを記入してください。
- * 3 添付書類 契約書2通（うち1通は契約締結後、返送します。）