１　種　組　合　員　　殿

全国歯科医師国民健康保険組合
新潟県支部長　松﨑　正樹

全国歯科医師国民健康保険組合所得割賦課額算定に係わる同意書の提出について（お願い）

時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、全国歯科医師国保組合では、１種組合員の皆様の「所得割賦課額」の算定にあたり、支払基金、国保連合会の診療報酬確定額をもとに所得割賦課額を算出しております。

つきましては、「所得割賦課額」の算定にあたり、先生にかわって、支払基金、国保連合会より診療報酬額をお知らせいただきますので、何卒ご理解を賜り、別紙同意書（２部）に記入、捺印のうえ、全国歯科医師国保組合新潟県支部あて、ご提出くださるようお願い申し上げます。

※２枚とも同様にご記入ください。

記　入　例

社会保険診療報酬支払基金　　御中

同　　意　　書

全国歯科医師国民健康保険組合新潟県支部の保険料算定のため、私が社会保険診療報酬支払基金から支払を受けた下記の保険医療機関の診療報酬に係る情報（都道府県番号、点数表、行政地区、保険医療機関コード、診療年月（和暦）、支払確定額合計、源泉徴収税額、差引振込額、医保本人点数・金額、医保家族点数・金額、老人保健点数・金額、食事療養基準額・支給額）を、社会保険診療報酬支払基金から全国歯科医師国民健康保険組合新潟県支部に提供することに同意いたします。

令和 6年1月３日

記

１　提供期間　令和 6年１月支払分より令和 6年 12 月支払分とする。
ただし、この同意書の提供期間満了の１か月前までに、何等の意思表示をしない場合は、向こう１か年間順次同意の更新をすることに同意します。

２　所在地　新潟市中央区堀之内南３丁目８番１３号

３　保険医療機関コード　０１２３４５６

４　保険医療機関名　全国歯太郎歯科医院

５　開設者氏名　全　国　歯　太　郎　　印

※同意書の留意事項について

１　以下の場合においては、所属する医療関係団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会等）を経由して当該支払基金に同意書を提出（再提出）願います。

（１）医療関係団体の会費等の算定基礎データとして、診療（調剤）報酬に係る情報を支払基金から当該団体に提供することに同意する場合

（２）同意書の記載内容（医療機関コード、医療機関名等）に変更等があった場合

２　以下の場合においては、速やかに所属する医療関係団体を経由して当該支払基金に同意取消書を提出願います。

（１）　同意書を提出後、当該同意を取り消す場合

（２）　前１の（２）の場合

社会保険診療報酬支払基金　　御中

同　　意　　書

全国歯科医師国民健康保険組合新潟県支部の保険料算定のため、私が社会保険診療報酬支払基金から支払を受けた下記の保険医療機関の診療報酬に係る情報（都道府県番号、点数表、行政地区、保険医療機関コード、診療年月（和暦）、支払確定額合計、源泉徴収税額、差引振込額、医保本人点数・金額、医保家族点数・金額、老人保健点数・金額、食事療養基準額・支給額）を、社会保険診療報酬支払基金から全国歯科医師国民健康保険組合新潟県支部に提供することに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

記

1　提供期間　　令和 6 年 1 月支払分より令和 6 年 12 月支払分とする。
ただし、この同意書の提供期間満了の 1 か月前までに、何等の意思表示をしない場合は、向こう 1 か年間順次同意の更新をすることに同意します。

2　所在地

3　保険医療機関コード

4　保険医療機関名

5　開設者氏名　　印

※同意書の留意事項について

1　以下の場合においては、所属する医療関係団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会等）を経由して当該支払基金に同意書を提出（再提出）願います。

（1）医療関係団体の会費等の算定基礎データとして、診療（調剤）報酬に係る情報を支払基金から当該団体に提供することに同意する場合

（2）同意書の記載内容（医療機関コード、医療機関名等）に変更等があった場合

2　以下の場合においては、速やかに所属する医療関係団体を経由して当該支払基金に同意取消書を提出願います。

（1）　同意書を提出後、当該同意を取り消す場合

（2）　前１の（２）の場合

新潟県国民健康保険団体連合会　　御中

同　　意　　書

全国歯科医師国民健康保険組合新潟県支部の保険料算定のため、私が新潟県国民健康保険団体連合会から支払を受けた下記の保険医療機関の診療報酬に係る情報（都道府県番号、点数表、行政地区、保険医療機関コード、診療年月（和暦）、支払確定額合計、源泉徴収税額、差引振込額、医保本人点数・金額、医保家族点数・金額、老人保健点数・金額、食事療養基準額・支給額）を、新潟県国民健康保険団体連合会から全国歯科医師国民健康保険組合新潟県支部に提供することに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

記

1　提供期間　　令和 6年 1 月支払分より令和 6 年 12 月支払分とする。
ただし、この同意書の提供期間満了の 1 か月前までに、何等の意思表示をしない場合は、向こう 1 か年間順次同意の更新をすることに同意します。

2　所在地

3　保険医療機関コード

4　保険医療機関名

5　開設者氏名　　印

※同意書の留意事項について

1　以下の場合においては、所属する医療関係団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会等）を経由して当該国保連合会に同意書を提出（再提出）願います。

（1）医療関係団体の会費等の算定基礎データとして、診療（調剤）報酬に係る情報を国保連合会から当該団体に提供することに同意する場合

（2）同意書の記載内容（医療機関コード、医療機関名等）に変更等があった場合

2　以下の場合においては、速やかに所属する医療関係団体を経由して当該国保連合会に同意取消書を提出願います。

（1）　同意書を提出後、当該同意を取り消す場合

（2）　前１の（２）の場合