

会員規則第2条様式

「入会申込書」

公益財団法人 日本医療保険事務協会
理事長 尾 寄 新 平 様

公益財団法人 日本医療保険事務協会の設立趣旨、目的に賛同し、事業を援助するために本協会の定款及び会員規則に則り会員として入会を申し込みます。

平成 年 月 日

(申込者)

住所又は所在地 〒 _____ - _____

氏名又は法人名・代表者名 _____

④

電話番号 _____ (_____) _____ Fax番号 _____ (_____) _____

入 会 者 記 入 表

公益財団法人 日本医療保険事務協会

氏 名 又 は 法 人 名 等	(ふりがな)				会費		
住 所 又 は 所 在 地	〒 TEL () FAX ()				1. 個人	□	
代 表 者 名	(ふりがな)				2. 医療施設及び医療関係機関・法人	□	
担 当 者 名	(役職・所属名) (ふりがな)				3. 診療報酬請求事務従事者養成施設	□	
					4. 診療報酬請求事務受託事務所	□	
					5. 教科書等作成会社、学校又は事業所の 連合会組織及びその他の法人又は団体	□	
					合計金額	円	
設 立	年 月	資本金・基本金	円	職 員 数	人	推 薦 者	㊞
主たる事業内容							
所 属 団 体 名 及 び 代 表 者 名				所 在 地	〒 TEL () FAX ()		
そ の 他							
上記の通り相違ありません							
平成 年 月 日 (氏名又は法人名等)							
(役職名)							
(代表者名) ㊞							

記 載 要 領

1. 所属団体名及び代表者名欄については、学校の連合会組織、養成施設の連合会組織、事業所の連合会組織に加入しておられる場合に、その連合会組織の名称及び代表者名をご記入ください。
2. 診療報酬請求事務従事者養成施設の開設者が同時に診療報酬請求事務受託事業所を開設している場合は、各々の口数を該当欄に記入し、会費の合計金額を合計金額欄にご記入ください。
3. 推薦者は、本協会の役員または評議員をご記入ください。

添付書類（○印を付したのもの）

- 1 定款
- 2 医療施設及び医療関係機関・法人、診療報酬請求事務従事者養成施設、診療報酬請求事務受託事業所、教科書作成会社、学校又は事業所の連合会組織及びその他の法人又は団体の経歴
- 3 教室等の所在地及び養成施設関係書類
- 4 その他