

合格証明書交付申請書

公益財団法人 日本医療保険事務協会
理事長 殿

診療報酬請求事務能力認定試験の合格証明書を交付願います。

(令和 年 月 日 記入)

フリガナ 氏名 (現在)			
フリガナ 氏名 (受験当時)			
住所 (現在)	〒 -		
住所 (受験当時)	〒 -		
生年月日	昭和 平成	年	月 日生
受験科目	医科・歯科	認定証 番号	第 号 不明の場合は空欄
受験地	都道府県	受験 会場名	
合格年月	平成 令和	年	9月 (7月受験) ・ 2月 (12月受験)
理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他 ()		
連絡先	()		

【注意事項】

- ◆ 発行手数料1枚につき1,000円分の切手を同封してください。
手数料分の切手は過不足なくご用意いただき、封筒に貼らずに、封筒の中に入れてお送りください。(返信用封筒は不要です。)
- ◆ 当協会に発行願が到着してから発行までに1週間程度を必要としますので、余裕をもって申請してください。※ 時期によっては2週間程度かかる場合もあります。
- ◆ 内容に不備等がある場合、当協会からご連絡させていただくことがございますので予めご了承ください。
なお、連絡がとれず不備が解消されない場合は、申請取消しとみなし、書類を返送いたします。