

平成 30 年 月 日

公益財団法人 日本医療保険事務協会
理事長 尾 寄 新 平 殿

(申出者)

住所：_____

氏名：_____ 印

1 第 48 回 診療報酬請求事務能力認定試験に関する情報

・試験実施年月日：平成 30 年 7 月 16 日 (月・祝)

(1) 試験会場名：_____

(2) 受験科目：_____

(3) 受験番号：_____

※ 受験票原本の添付により上記 (1) ~ (3) の記載は省略可

2. 希望する措置 (どちらかの□内に「✓」を記入してください。)

次回認定試験の振替受験を希望

第 49 回 診療報酬請求事務能力認定試験 (平成 30 年 12 月 16 日 (日) 実施予定)
を振替受験します。(申込内容はそのまま次回試験に引き継ぎます。)

注意：振替後の試験を「欠席」された場合は、受験料はお返しできませんので、ご了承ください。

受験料の返金を希望

以下の①~③にご記入ください。

①金融機関名・支店名：_____

②口座名義：_____

③口座番号：_____

※ 口座は受験者本人の名義に限ります

【受付期限】

平成 30 年 9 月 28 日 (金) まで (必着)