

# 福祉医療費自己負担額支払明細書の電子媒体での提出に関する届出

福祉医療費自己負担額支払明細書を電子媒体で提出することに関し、下記のとおり届け出ます。

平成 年 月 日

住所

奈良県国民健康保険団体連合会 御中

氏名

|            |             |  |  |  |  |       |                  |
|------------|-------------|--|--|--|--|-------|------------------|
| 医療機関コード    |             |  |  |  |  | 点数表区分 | 医科・歯科・調剤・訪問看護・柔整 |
| 保険医療機関名    |             |  |  |  |  | 電話番号  |                  |
| 保険医療機関等所在地 |             |  |  |  |  | 郵便番号  |                  |
| 電子媒体提出開始年月 | 平成 年 月提出分から |  |  |  |  |       |                  |
| 電子媒体       | F D         |  |  |  |  | C D   |                  |
| 備考         |             |  |  |  |  |       |                  |

## 作成要領

1. この届出は、福祉医療費自己負担額支払明細書を電子媒体で提出する時、奈良県国民健康保険団体連合会に提出する。
2. 「点数表区分」欄には、医科・歯科・調剤・訪問看護及び柔整の別を で囲む。
3. 「医療機関コード」、「保険医療機関名」、「電話番号」、「保険医療機関等所在地」、「郵便番号」欄には、届け出た記載内容を記入する。
4. 「電子媒体提出開始年月」欄には、電子媒体での提出を開始する年月を記入する。
5. 「電子媒体」欄には、記録する電子媒体を で囲む。
6. その他

本請求用媒体には、医療機関コード・医療機関名・診療月・媒体提出日を記入したラベル(別紙参照)を貼付してください。

(別紙)

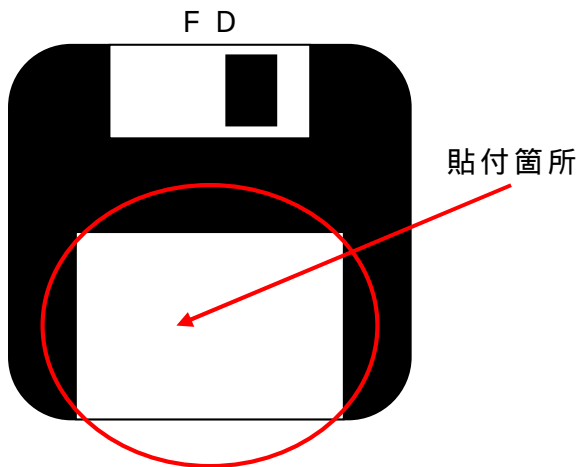
福祉医療費自己負担額支払明細書に係る電子媒体の表記

医療機関コード、保険医療機関名称、請求月分、提出年月日を記載する。  
尚、確認試験の場合は余白に「試験用」と追加で朱記する。

1 F Dへの貼付ラベル

|                 |   |  |    |     |   |
|-----------------|---|--|----|-----|---|
| 福祉医療費自己負担額支払明細書 |   |  |    | 試験用 |   |
| 医療機関コード         |   |  |    |     |   |
| 保険医療機関名称        |   |  |    |     |   |
| 請求月分            | 年 |  | 月分 |     |   |
| 提出年月日           | 年 |  | 月  |     | 日 |

F Dへのラベルの貼付箇所



2 C D - Rへの表記

電子媒体の表記については、レーベル面にシール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入する。

