

平成 年 月 日

奈良県国民健康保険団体連合会 御中

住 所
開設者
氏 名

福祉医療費自己負担額支払明細書の媒体での提出に係る確認試験依頼書

福祉医療費自己負担額支払明細書の媒体での提出を開始するに当り、確認試験を受けたいので次の通り依頼します。

点数表区分	医科・歯科・調剤・訪問看護・柔整	依頼回数	新規・回目
医療機関コード			電話番号
保険医療機関名			
保険医療機関等所在地	〒		
電子媒体	FD	CD-R	
備考			

〈作成要領〉

1. 本依頼書は毎月の10日までに試験用媒体と共に提出するものとする。
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. 「依頼回数」欄には、新規又は何回目の確認試験か記入する。
4. 「医療機関コード」、「電話番号」、「保険医療機関名」、「保険医療機関等所在地」欄には、届けた記載内容を記入する。
5. 「電子媒体」欄には、記録する電子媒体を で囲む。
6. その他

本依頼書と共に確認試験用媒体を提出して下さい。

確認試験用媒体には、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)を貼付して下さい。さらに余白に「試験用」と朱記をお願いします。

(別紙)

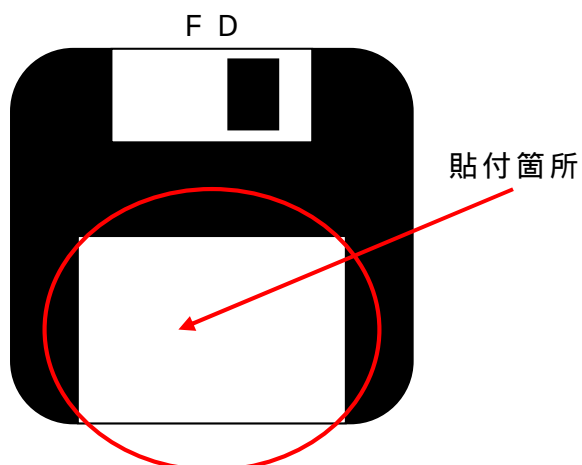
福祉医療費自己負担額支払明細書に係る電子媒体の表記

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。

