

診療報酬明細書等送付状(郵送専用)

(年 月分)

送付年月日 : 年 月 日

保険医療機関・調剤薬局・訪問看護ステーションコード

--	--	--	--	--	--	--	--

保険医療機関・調剤薬局・訪問看護ステーション名称

--

請求方法

紙	電子請求媒体	オンライン

請求件数(紙)※医保の件数を除く

--

 件

※該当するものに○を記入してください。

請求内容

県外(紙)	医保子障親	特別療養費	取消依頼	再審査申立	症状詳記等	再審査返戻レセ	風しん

※請求がある場合は○、ない場合は×を記入してください。

注1)この送付状は、医療機関コードごとに作成してください。

注2)県外分・医保子障親は別綴じでご請求ください。

注3)電子請求媒体(CD等)を用いて請求する場合は、
「光ディスク等送付書」についても送付してください。

福岡県国民健康保険団体連合会