

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・保険薬局・訪問看護ステーションコード

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

保険医療機関・保険薬局・訪問看護ステーション名称

--

請求方法

紙	電子媒体	オンライン

請求件数（紙）

--

 件

※該当するものに「○」を記入してください。

請求内容

県外(紙)	特別療養費	取下げ依頼	再審査申立	症状詳記等	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) 県外分は別綴じでご請求ください。

注3) 電子媒体（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