　鹿児島県国民健康保険団体連合会　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　乳幼児医療費自己負担額支払明細個票送付書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 機関コード |  | | |
| 機関名称 |  | | |
| 点数表区分 | 医科・歯科・調剤・訪問看護ステーション・柔整 | | |
| 診療（調剤、施術）月分 | 令和　　年　　月診療（調剤、施術）分 | | |
| 提出年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 媒体種類 | ＦＤ | ＣＤ－Ｒ | 紙 |
| 媒体枚数 | 枚 | 枚 | 冊 |
| 備　　　　 考 |  | | |

※１　本送付書は、点数表区分別に作成すること。

※２　点数表区分及び媒体種類については、該当に○を付すこと。

（記載要領）

　鹿児島県国民健康保険団体連合会　宛

乳幼児医療費自己負担額支払明細個票を提出される場合は、媒体（紙・ＦＤ・ＣＤ）と併せて本書の提出をお願いいたします。

※郵送・宅配便等での送付、本会受付窓口への持参、いずれの場合も、本書の提出をお願いいたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　乳幼児医療費自己負担額支払明細個票送付書

機関コード、機関名を記入します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 機関コード |  | | |
| 機関名称 | 該当する点数表区分を○で囲みます。 | | |
| 点数表区分 | 医科・歯科・調剤・訪問看護ステーション・柔整 | | |
| 診療（調剤、施術）月分 | 令和　　年　　月診療（調剤、施術）分 | | |
| 提出年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 媒体種類 | ＦＤ | ＣＤ－Ｒ | 紙 |
| 媒体枚数 | 枚 | 提出する媒体の種類を○で囲み、  FD・CDは枚数（紙の場合は冊数）を記入します。 | 冊 |
| 備　　　　 考 |  | | |

※１　本送付書は、点数表区分別に作成すること。

※２　点数表区分及び媒体種類については、該当に○を付すこと。