　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

　重度心身障害者医療費自己負担額支払明細個票送付書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機関コード(登録記号番号) |  | |
| 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・あんまマッサージ・はり、きゅう | |
| 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 | ＣＤ－Ｒ | 紙 |
| 媒体枚数 | 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

重度心身障害者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・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

　重度心身障害者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(登録記号番号) |  | |
| 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・あんまマッサージ・はり、きゅう | |
| 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 | ＣＤ－Ｒ | 紙 |
| 媒体枚数 | 枚 | 枚 |
| 備考 | 提出する媒体の種類を○で囲み、CDは枚数（紙の場合は冊数）を記入します。 | |

※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。