

国保診療報酬明細書等提出物一覧表

(医科・歯科・調剤・訪問看護)

国保連合会受付欄

鹿児島県国民健康保険団体連合会 御中

送付・持参

※いずれかに○をお願いします。

令和 年 月 日提出分

医療機関(薬局)等コード	医療機関(薬局)等名称
電話番号	医療機関(薬局)等担当者名
()	

※ 本一覧表は、医療機関(薬局)等コード毎に御提出ください。

◎ 提出物 <提出内容以外に同封するものがあれば、必ずその他欄に御記入ください>

提出内容		提出物 (該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/> を記入)
レ セ プ ト 等 (医 ・ 歯 ・ 調)	紙	
	紙	
	電子媒体(光ディスク等送付書含む)	CD <input type="checkbox"/> FD <input type="checkbox"/>
訪 問 看 護 療 養 費	紙	
	紙	
出 産 育 児 一 時 金	出産育児一時金等代理申請・受取請求書(紙)	
	電子媒体(送付書含む)	
乳 幼 児 医 療 費	乳幼児医療費自己負担額支払明細個票(紙)	
	電子媒体(送付書含む)	
重 度 心 身 障 害 者 医 療 費	重度心身障害者医療費自己負担額支払明細個票(紙)	
	電子媒体(送付書含む)	
風しん対策に関する請求(紙)		<input type="checkbox"/>
再審査等請求書		取下げ <input type="checkbox"/> 再審査 <input type="checkbox"/>
特別療養費(件数)		<input type="checkbox"/> (件)
紙添付資料		<input type="checkbox"/>
そ の 他	*	<input type="checkbox"/>
	*	<input type="checkbox"/>
	*	<input type="checkbox"/>
	*	<input type="checkbox"/>
	*	<input type="checkbox"/>
	*	<input type="checkbox"/>

* 上記以外の提出物の名称を記入し、提出物欄にチェックしてください。