

電子媒体の提出について

1. 電子媒体の提出に関すること（本番）

《確認試験結果後に電子媒体で提出する様式》

- ①福祉医療費領収証明書の電子媒体を用いた提出に関する届出資料 No.1
- ②福祉医療費電子媒体送付書資料 No.2
- ③電子媒体（CD-R）

《記入例》

- ①福祉医療費領収証明書の電子媒体を用いた提出に関する届出資料 No.3
- ②福祉医療費電子媒体送付書資料 No.4

2. 提出方法

- ①電子媒体の表記・提出方法資料 No.5

平成 年 月 日

福祉医療費領収証明書の電子媒体を用いた提出に関する届出

三重県国民健康保険団体連合会 御中

福祉医療費領収証明書の電子媒体を用いた提出を開始することにあたり、下記のとおり届け出ます。

住 所 〒 —

開設者氏名

印

点数表区分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪問看護		
療養費区分	柔整 ・ 鍼灸 ・ マッサージ		
医療機関コード	参 考		
医療機関名称			
郵便番号			
医療機関所在地			
提出開始・変更年月	平成	年	月 提出分から
プログラム名称			
ソフトメーカー名 (プログラムの作成者の氏名)			
備考			

※ 受付印

平成 年 月 日

平成 年 月送付分 福祉医療費電子媒体送付書

三重県国民健康保険団体連合会 様

住 所 〒 —

名 称

電話番号 — —

医療機関コード	
点数表区分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪問看護
療養費区分	柔整 ・ 鍼灸 ・ マッサージ
媒体枚数	枚

※ 該当する点数表区分又は療養費区分及び提出方法を○で囲んでください。

《内訳》

助成種別	決定件数 ※連合会使用欄
1. 障がい者	件
2. 一人親家庭等	件
3. 子ども	件
4. その他1 (※1)	件
5. その他2 (※2)	件
合 計	0 件

※助成種別証明件数をご記入ください。

※1 助成種別 その他1 (伊勢市-寡婦、紀宝町-老人)

※2 助成種別 その他2 (津市-妊産婦・精神障害者、御浜町-寡婦、紀宝町-寡婦)

平成 26 年 5 月 10 日

福祉医療費領収証明書の電子媒体を用いた提出に関する届出

三重県国民健康保険団体連合会 御中

福祉医療費領収証明書の電子媒体を用いた提出を開始することにあたり、下記のとおり届け出ます。

開設者住所・氏名を記入し押印をお願いします。

住 所 〒 514 - 9999 三重県津市

桜橋2丁目

該当する点数表区分又は療養費区分及び提出方法を○で囲んでください。

開設者氏名 保険 一郎

10桁(都道府県番号2桁(三重県24)+点数表コード1桁+医療機関コード7桁)を記入してください。

点数表区分	<input checked="" type="radio"/> 医科	<input type="radio"/> 歯科	<input type="radio"/> 調剤							
療養費区分	<input type="radio"/> 柔整	<input type="radio"/> 鍼灸	<input type="radio"/> マッサージ							
医療機関コード	2	4	1	0	5	0	9	9	9	9
医療機関名称	連合会病院									
郵便番号	〒 514 - 9999			電話番号	059 - 111 - 0000					
医療機関所在地	三重県津市桜橋2丁目									
提出開始・変更年月	平成 26 年 5 月			提出分から						
プログラム名称	ABC-DE									
ソフトメーカー名 (プログラムの作成者の氏名)	株式会社電子媒体									
備考	医療機関等のプログラム名称、医療機関ベンダー等を記入してください。									

医療機関の所在地・名称・開設者氏名・電話番号を記入してください。

電子媒体で提出開始・変更年月を記入してください。

※ 受付印

提出年月を記入してください。

平成 26 年 5 月 10 日

平成 26 年 5 月送付分 福祉医療費電子媒体送付書

三重県国民健康保険団体連合会 様

医療機関等の所在地・名称・電話番号を記入してください。

住 所 〒 514 - 9999 三重県津市

桜橋2丁目

10桁(都道府県番号2桁(三重県24)+点数表コード1桁+医療機関コード7桁)を記入してください。

名 称 連合会病院

電話番号 059 - 111 - 0000

医療機関コード	2	4	1	0	5	0	9	9	9	9
点数表区分	医科	・	歯科	・	調剤	・	訪問看護			
療養費区分	柔整	・	鍼灸	・	マッサージ					
媒体枚数	1		枚							

提出する媒体枚数を記入してください。

※ 該当する点数表区分又は療養費区分及び提出方法を○で囲んでください。

《内訳》

助成種別	証明件数	決定件数 ※連合会使用欄
1. 障がい者	2 件	件
2. 一人親家庭等	5 件	件
3. 子ども	15 件	件
4. その他1 (※1)	件	件
5. その他2 (※2)	3 件	件
合 計	25 件	0 件

決定件数欄は国保連合会使用する欄です。

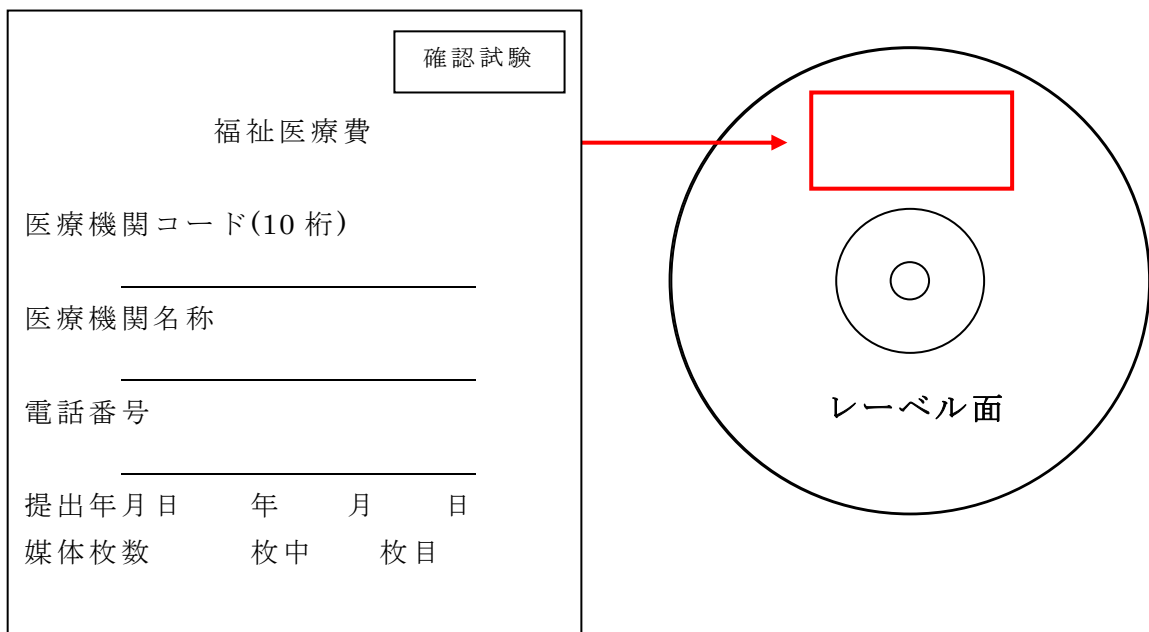
※助成種別証明件数をご記入ください。
 ※1 助成種別 その他1 (伊勢市-寡婦、紀宝町-老人)
 ※2 助成種別 その他2 (津市-妊産婦・精神障害者、御浜町-

各助成種別毎に送付書の証明件数を記入してください。合計は自動集計されます。

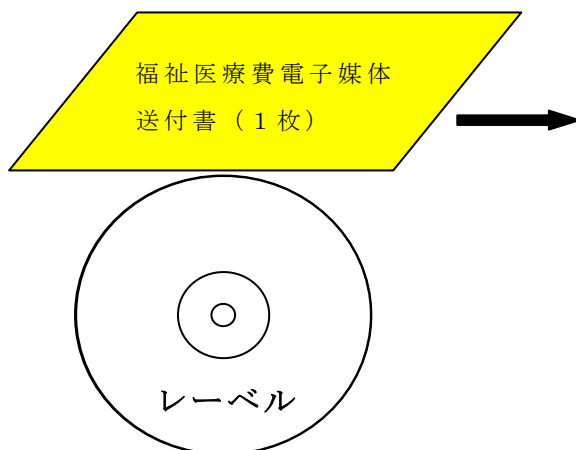
電子媒体の表記・提出方法

《CD-Rへの表記》

- ① 福祉医療費、医療機関コード、医療機関名称、電話番号、提出年月日及び媒体枚数を記載する。
- ② 電子媒体の表記については、レーベル面にシール等を貼付せずにフェルトペン等により記入する。
- ③ 確認試験の電子媒体提出は、「確認試験」と記載ください。



《電子媒体の提出方法》



- ① 福祉医療費電子媒体送付書については、各医療機関1枚作成する。
- ② CD-Rに①を添付して提出する。

「確認試験の場合」

- ① 福祉医療費領収証明書の電子媒体を用いた提出に係る確認試験依頼書を作成する。
- ② CD-Rに①を添付して提出する。