

F A X 送信票

秋田県国保連合会 特別審査担当行き
FAX 018 - 824 - 0043

＝ 国保中央会特別審査該当レセプト事前連絡表 ＝

〔 電子レセプト請求医療機関
(磁気媒体またはオンライン請求のみ) 〕

年 月請求分

医療機関名

| | 診療科 | 診療年月 | 保険者番号 | 被保険者名 | 請求点数 | 添付資料 |
|----|-----|------|-------|-------|------|------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

当月請求される前日までに送信ください。

添付資料欄は有る場合のみ、「有」と記載ください。

該当レセプトがない場合は、送信の必要はありません。