

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 ＝

〔 レセプト電算処理システム導入医療機関
(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
電話番号
担当者氏名

	診療科	診療月	保険者番号	被保険者名	請求点数	紙による 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願います。

紙による添付資料欄は、有の場合だけ「有」と記載ください。

該当レセプトがない場合は、送信の必要ありません。