

平成 年 月 日

群馬県国民健康保険団体連合会 御中

住 所
開設者
氏 名

光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求に係る確認試験依頼書

光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求を開始するにあたり、確認試験を受けたいので次のとおり依頼します。

点 数 表 区 分	医 科・歯 科・調 剤・訪 問	依 頼 回 数	新 規・回 目
保 険 医 療 機 関 等 コー ド		電話番号	
保 険 医 療 機 関 等 名			
保 険 医 療 機 関 等 所 在 地	〒		
電 子 媒 体	CD-R	F D	M O
見 込 件 数	入 院 ・	入院外 ・	
備 考			

《 作成要領 》

- 1 本依頼書は、保険医療機関等で作成する光ディスク等が群馬県国民健康保険団体連合会が定めたインターフェース仕様に適合しているか事前に確認したい場合に医科、歯科、調剤及び訪問別に作成し提出してください。
- 2 本依頼書の提出期日は確認試験を実施する月の前月20日までとします。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、歯科、調剤及び訪問の別を○で囲んでください。
- 4 「依頼回数」欄には、新規又は何回目の確認試験依頼か記入してください。
- 5 「保険医療機関等コード」、「電話番号」、「保険医療機関等名」及び「保険医療機関等所在地（郵便番号を含む。）」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入してください。
- 6 「電子媒体」欄には、記録する電子媒体を○で囲んでください。
- 7 「見込件数」欄には、確認試験を受ける際の見込件数を記入してください。