

風しんの追加的対策における請求に係るお願いについて

◇ 請求総括書・市町村別請求書

項 目	記 載 す る 内 容
ア 市町村番号誤り	クーポン券に記載の6ケタを記載してください。
イ 施設等区分もれ	医療機関は「1」、健診機関は「2」を記載してください。
ウ 医療機関番号もれ・誤り	101+7ケタ医療機関番号の10ケタで記載してください。
エ 医療機関名称もれ	
オ 電話番号もれ	
カ 請求年月誤り	検査等実施年月ではなく、連合会へ請求する年月を記載してください。
キ 請求金額(税込)	1件ごとに端数を切り捨ての上、集計してください。
ク 消費税率もれ	

◇ 受診票・予診票

項 目	記 載 す る 内 容
ア 医師記入欄(医師署名含む)の記載もれ	
イ 風しんの抗体検査結果欄の単位もれ	
ウ 判定結果もれ	対象または非対象のいずれかに○を付けてください。
エ 医療機関等コードもれ・誤り	101+7ケタ医療機関番号の10ケタで記載してください。 医療機関名称等を版で押す場合は、医療機関等コードに掛からない様に押してください。
オ 検査番号と請求総括書の不一致	
カ 検査実施年月日・接種年月日	西暦で記載。抗体検査及び予防接種実施日の翌月以降に請求してください。

◇ 編綴

項 目	方 法
ア 月遅れ分及び返戻分	当月請求分と合算して請求してください。
イ 市町村ごとにホチキス止め	