別紙２

福祉医療費（社保分）電子請求用

電子媒体貼付ラベル（医療機関向け）

※貼付ラベルを使用せず、媒体に記入されても有効です。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　［ＦＤ用］

福祉医療費請求データ

医療機関コード：

医療機関名　　：ＸＸＸＸＸＸＸＸ

提出年月日　　：令和　年　月　日

愛媛県国保連合会提出用

※確認試験の場合は、貼付ラベルの余白に「試験用」と朱書きください。

福祉医療費請求データ

医療機関コード：

医療機関名　　：ＸＸＸＸＸＸＸＸ

提出年月日　　：令和　年　月　日

愛媛県国保連合会提出用

［ＣＤ－Ｒ用］

※確認試験の場合は、貼付ラベルの余白に「試験用」と朱書きください。

別紙３

令和　　　　年　　　月　　　日

愛媛県国民健康保険団体連合会　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住 所

開設者氏名

福祉医療費の電子請求化に係る確認試験依頼書

福祉医療費の電子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。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関等コード |  |
| 医療機関等所在地 | 〒TEL連絡先（担当者） |
| 医療機関等名称 |  |
| 媒体区分（該当する項目に○印を記入してください。） | ＦＤ　・　　ＣＤ－Ｒ |
| 委託電算会社 |  | 見込件数 | 　　　　　　　　　 　件 |

※1.本依頼書の提出期限は、確認試験を実施する月の10日までに御提出ください。

※2.確認試験用電子媒体は、確認試験を実施する月の15日までに御提出ください。

※3.データ形式は、CSVファイルで作成してください。

別紙４

令和　　　　年　　　月　　　日

確認試験実施医療機関　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　愛媛県国民健康保険団体連合会

福祉医療費の電子請求化に係る確認試験結果連絡書の送付について

本会の事業運営につきましては、平素から格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

　先に御依頼のありました確認試験の結果について、下記のとおり御連絡いたします。

つきましては、エラーがある場合、エラー原因を御確認の上、請求データの修正等をお願いいたします。

なお、「福祉医療費の電子請求化に関する届出」を御提出いただく場合は、請求を開始する月の前月末までにお願いいたします。

また、再試験を希望される場合も、再度、「福祉医療費の電子請求化に係る確認試験依頼書」を確認試験の実施する月の10日までに御提出ください。

記

　１.　受付件数　　　　　　　　　　　　　　　　　件

　２.　エラー件数　　　　　　　　　　　　　　　　件

別紙５

令和　　　　年　　　月　　　日

愛媛県国民健康保険団体連合会 御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住 所

開設者氏名 　　　　　　　　　　　　　　 印

福祉医療費の電子請求化に関する届出

福祉医療費の電子請求化について、下記のとおり請求を行います。

記

１.医療機関等コ－ド ：

２.医療機関等名称　 ：

３.請求開始年月　　　令和　　　年　　　月請求分から