

住所 ※1

開設者

氏名 ※1

印

送 付 書

医療機関(薬局)コード	
医療機関(薬局)名称	
点数表区分 ※2	医 科 ・ DPC ・ 歯 科 ・ 調 剤
診療(調剤)月分	平成 年 月 診療(調剤)分
提出年月日	平成 年 月 日

●光ディスク等

媒体種類 ※2	FD	MO	CD-R
媒体枚数	枚		

●紙提出分 ※3

国保レセプト	県 外 分	有 ・ 無
	県 内 分	有 ・ 無
後期レセプト	県 外 分	有 ・ 無
	県 内 分	有 ・ 無

●その他

(下記で同封されるものがあれば該当項目に○を、下記以外であれば件名をご記入下さい。)

- ・特別療養費
- ・妊婦・乳幼児健康診査費等請求書
- ・原爆被爆者健康診断実施経費支払請求書

※1 光ディスク等による請求医療機関(薬局)のみ記入・押印して下さい。

※2 点数表区分、媒体種類の有・無については、該当するものに○を付けて下さい。

※3 紙で全レセプトを請求されている医療機関(薬局)、及びオンライン、光ディスク等で請求されている医療機関(薬局)の紙提出分について、各区分の有・無に○を付けて下さい。