

# 請求時注意事項

(記載例)

熊本県国民健康保険団体連合会 御中

請求総括書(総計)

【医療機関等の所在地】  
【開設者氏名】  
【電話番号】を記載してください。  
※ 開設者印を押印してください。

所在地 熊本県熊本市東区健軍〇丁目〇番〇号  
開設者氏名 医療法人〇〇会  
理事長 国保花子 印  
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

対策 請求総括書(実績報告書)

施設等区分

1:医療機関

医療機関・健診機関番号

4310123456

医療機関・健診機関名称

サンプル診療所

請求年月

2019年7月分

【医療機関・健診機関番号について】  
「431」又は「432」から始まる10桁を記載してください。

【請求年月について】  
本会へ請求する年月(西暦)を記載してください。検査等実施年月ではありません。  
例)7/1~7/10に請求(提出)分は2019年7月分となります。  
※ 記載の7月請求分においては、4月~6月実施分の費用(受診票及び予診票)が請求できます。

受診票左下の検査番号と対になっています。

	区分	請求件数	請求(税)	
抗体検査	①健診・HI法	0		
	②健診・EIA法	0		
	③HI法	0		
	④EIA法	0	0	0
	⑤夜間休日・HI法	0	0	0
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0
	小計	0	0	0
予防接種	通常	0	0	0
	予診のみ	0	0	0
	小計	0	0	0

予防接種費・予診費は、クーポン記載の金額となります。  
※ 市区町村毎に金額は異なります。  
※ クーポンには、「税抜」の価格が記載されています。

の場合)は、本総括書に団体連合会に送付しない

# 請求時注意事項

〇〇〇市区町村長様  
市区町村番号

--	--	--	--	--	--

クーポンに記載の市区町村名を記載してください。

(記載例)

総括書(小計)①

クーポンに記載の市区町村番号を記載してください。  
※ 医療の保険者番号とは異なります。

熊本県熊本市東区健軍〇丁目〇番〇号

開設者氏名 医療法人〇〇会 理事長 国保花子 印

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

## 策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号

4310123456

【医療機関・健診機関番号について】  
「431」又は「432」から始まる10桁を記載してください。

医療機関・健診機関名称

サンプル診療

請求年月

2019年7月分

【請求年月について】  
本会へ請求する年月(西暦)を記載してください。検査等実施年月ではありません。  
例)7/1~7/10に請求(提出)分は2019年7月分となります。  
※ 記載の7月請求分においては、4月~6月実施分の費用(受診票及び予診票)が請求できません。

受診票左下の検査番号と対になっています。

		請求件数		
抗体検査	①健診・HI法	1		
	②健診・EIA法	0		
	③HI法	0		
	④EIA法	0		
	⑤夜間休日・HI法	0		
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0
	小計	1	1,290	1,393
予防接種	通常	0	0	0
	予診のみ	0	0	0
	小計	0	0	0
		1	1,290	1,393

予防接種費・予診費は、クーポン記載の金額となります。  
※ 市区町村毎に金額は異なります。  
※ クーポンには、「税抜」の価格が記載されています。

8%  
場合)は、本請  
保険団体連合会