

各 郡 市 医 師 会 御 中

長 崎 県 医 師 会

風しんの追加的対策に係る請求総括書等について

風しんの追加的対策に係る請求総括書等については、平成31年4月15日付長医発第162号にて御通知しておりますが、請求総括書等の作成について、一部照会がありましたので、改めてお知らせいたします。

○請求総括書、市区町村別請求書の請求年月(下図の赤で囲んでいる部分)について

国保連合会に請求する年月を入力して下さい。実施年月ではありません。

(例: 6月実施分を7月10日に請求する場合、「2019年7月分」)

国民健康保険団体連合会 御中 請求総括書(総計)

医療所在地  
開設者氏名  
電話番号 印

---

風しん対策 請求総括書(支額報告書)

---

施設等区分 1.医療機関  
医療機関・健診機関番号  
医療機関・健診機関名称

請求年月 年 月分

	区分	請求件数	請求室額 (総額)	請求金額 (総込)
抗体検査	①健診・H法			
	②健診・FIA法			
	③H法			
	④FIA法			
	⑤夜間休日・H法			
	⑥夜間休日・FIA法			
	小計			
予防接種	通常			
	予診のみ			
	小計			
	合計			

※予診のみの費用を市区町村が設定していない場合(0円の場合)は、本総括書に計上しないこと。その場合、予診票の原本を国民健康保険団体連合会に送付しないこと。

長崎 請求総括書(小計)①

市区町村番号

医療所在地  
開設者氏名  
電話番号 印

---

風しん対策 市区町村別請求書

---

医療機関・健診機関番号  
医療機関・健診機関名称

請求年月 年 月分

		請求件数	請求室額 (総額)	請求金額 (総込)
抗体検査	①健診・H法			
	②健診・FIA法			
	③H法			
	④FIA法			
	⑤夜間休日・H法			
	⑥夜間休日・FIA法			
	小計			
予防接種	通常			
	予診のみ			
	小計			
	合計			

消費税率 8 %

※予診のみの費用を市区町村が設定していない場合(0円の場合)は、本請求書に計上しないこと。その場合、予診票の原本を国民健康保険団体連合会に送付しないこと。

※「YYY年MM月分」:エクセルで作成する場合、Y、M部分は半角数字で入力して下さい。

長崎県医師会 保険医療課・苑田、光嶋、五輪  
TEL 095-844-1111/FAX 095-844-1110  
ssonoda-zimu@nagasaki.med.or.jp