令和 　　年 　　月 　　日

山口県国民健康保険団体連合会　あて

福祉医療費請求確認試験依頼書（インターネット用）

インターネットを利用して福祉医療費の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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 点数表区分 | 医　科 　・ 　歯　科 　・　 調　剤　 ・ 　訪　看 | | | | | | |
| 医療機関等コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険医療機関等名 |  | | | | | | |
| 保険医療機関等所在地 | 〒 | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | |
| 担当者名（部署・氏名） |  | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | |

《　留意事項　》

１　本依頼書は、作成した福祉医療費請求書電子請求ファイルが、山口県国民健康保険団体連合会が示したファイル仕様書に適合しているか、事前に確認したい場合に提出（送信）してください。

２　「点数表区分」欄には、医科、歯科、調剤、訪看の別を○で囲んでください。

３　「医療機関等コード」、「保険医療機関等名」、「保険医療機関等所在地」欄には、厚生局から発出された指定通知書の記載内容を入力してください。

４　本依頼書は、テストデータを送信する都度、提出（送信）してください。