

電子媒体による標準帳票の提供(開始・変更)申出書

申出年月日	令和 年 月 日
-------	----------

* いずれかに○を付けて下さい。

電子媒体による標準帳票の提供について、次のとおり申し込みます。

1. 次の項目に記載願います。

申出者	所在地	〒 _____	電話番号 () _____	【内線】
	市町村名又は団体名	_____ ⑨	代表者名	_____
	担当課(係)	_____	担当者名	_____

2. 提供を希望する帳票に○を付けて下さい。

① 公費負担医療受給者別一覧表(連名簿)	_____	② 公費負担医療費算定状況表(提供は都道府県のみ)	_____
③ 公費負担医療費支払一覧表(提供は都道府県のみ)	_____	④ 医療費助成事業年齢別集計票	_____
⑤ 医療費助成事業年齢別集計票(再審査分含)	_____	⑥ 医療費助成事業年齢別集計票の2・3	_____
⑦ 医療費助成事業年齢別集計票の2・3(再審査分含)	_____	⑧ 点数階層別一覧表	_____
⑨ 公費負担医療高額療養費実施機関別内訳書	_____	⑩ 第三者行為対象者一覧表(連名簿)	_____

3. 医療費助成事業年齢別集計票/医療費助成事業年齢別集計票(再審査分含)の設定年齢または小計区分ごとの年齢を記載します。

集計票	入院	歳から 歳まで	歳から 歳まで	入院外	歳から 歳まで	歳から 歳まで
集計票(再審査分含)	入院	歳から 歳まで	歳から 歳まで	入院外	歳から 歳まで	歳から 歳まで

4. 医療費助成事業年齢別集計票の2・3/医療費助成事業年齢別集計票の2・3(再審査分含)の設定年齢または小計区分ごとの年齢を記載します。

集計票2・3	入院	歳から 歳まで	歳から 歳まで	入院外	歳から 歳まで	歳から 歳まで
集計票2・3(再審査分含)	入院	歳から 歳まで	歳から 歳まで	入院外	歳から 歳まで	歳から 歳まで

5. 実施機関等番号及び開始(変更)月等を記載願います。

* 記載された実施機関等番号を一括して電子媒体に記録し、提供します。

実施機関等番号(8桁)	_____	_____	_____	_____
<small>*記載しきれない場合は別紙に記入し添付して下さい。</small>	_____	_____	_____	_____
開始又は変更月	令和 年 月診療分から	_____	_____	_____

注1) 変更を申出する場合は、改めて記載のうえ提出願います。

注2) 標準帳票の提供を開始又は変更する診療月の末日までに支払基金支部に提出願います。