**訪問看護電子レセプトのレセプトデータ「画像+テキスト」提供申出書**

様式　１－２

令和　　年　　月　　日

社会保険診療報酬支払基金　　　　審査委員会事務局　御中

「電子レセプトのCSV情報による請求申出書兼レセプト電子データ提供申出書（開始・変更）」の１に併せて訪問看護電子レセプトのレセプトデータ「画像+テキスト」について以下のとおり申出します。

※本提供申出書は、訪問看護電子レセプト分のみ「画像+テキスト」を希望又は中止される保険者等のみご提出ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **提供内容** | 訪問看護電子レセプトのレセプトデータ「画像+テキスト」を  （希望します　・　中止する) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **保険者名** | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **保険者番号** |  | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |  | **担当部署/担当者名** | |  | | | | |
| **所在地**  **電話番号** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒 |  | |  |  | | ― | | |  |  | |  |  | |  | | | | | | | | | | |
| TEL: － 　 － | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **開始月又は中止月** | 令和 | | | | | | 年 | | 月 から | | | | | | | | | **※ 「令和6年8月から」と記入した場合、令和6年6月診療分の提供より開始又は中止となります。** | | | | | | | | |
| 基金使用欄 | | 本部  報告日 |  | 事務局  受付日 |  |
|  |

**※　請求（提供）開始月又は中止月の前々月の２０日までに申出書を支払基金審査委員会事務局に提出してください。**

**※「電子レセプトのCSV情報による請求申出書兼レセプト電子データ提供申出書（開始・変更）」の２において、「電子レセプトのデータ欄」の「画像＋テキスト」に○をつけて申し込まれた場合は、本申出書の提出は不要です。**