|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　年　　月　　日　テスト用電子媒体等送付書 　社会保険診療報酬支払基金　御中保険者（実施機関）番号 　　　　　　　　　　 　保険者（実施機関） 名 　　　　　　　　　　 担当部署及び担当者名 　　　　　　　　　　 住　所 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号　　　　　　　　　　　　　下記のとおりテスト用電子媒体等を送付しますので確認願います。記

|  |  |
| --- | --- |
| 媒　体　種　類 | ＣＤ－Ｒ　　　・　　　ＦＤ |
| 媒体枚数 | 請求用　　　　枚 | 結果用　　　　枚 |
| 整理番号体系 | 標準（ＣＤ：有） ・　標準外（ＣＤ：無） |

 |

A4(297×210)

作成要領

1　「年月日」欄は、テスト用電子媒体を都道府県の審査委員会事務局に提出する年月日を記入してください。

2　「媒体枚数」欄は、提出する電子媒体について、請求用及び結果用の枚数を記入してください。

3　「整理番号体系」欄は、請求規定の別紙3の13に基づき該当の体系を○で囲んでください。