

FAX送信票

秋田県国保連合会 特別審査担当行き
FAX 018-824-0043

= 国保中央会特別審査該当レセプト事前連絡表 =

年 月請求分 医療機関名
電話番号 (内線)
担当者氏名

	診療科	診療月	保険者番号	被保険者名	請求点数	添付資料 有 無
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

- ① 当月請求される前日までに送信願います。
- ② 紙による添付資料欄は、有の場合だけ「有」と記載ください。
- ③ 該当レセプトがない場合は、送信の必要ありません。
- ④ 返戻再請求レセプトについても記載ください。