平成　　年　　月　　日

群馬県国民健康保険団体連合会　　御中

住　所
開設者
氏　名

光ディスク等を用いた費用の請求に係る確認試験依頼書

光ディスク等を用いた費用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・ＤＰＣ・歯　科・調　剤	依頼回数	新　規・　回目
医療機関（薬局）コード		電話番号	
保険医療機関（薬局）名			
保険医療機関（薬局）所在地	〒		
プ　ロ　グ　ラ　ム　名　称			
ソ　フ　ト　メ　ー　カ　ー　名 (プログラムの作成者の氏名)			
電　　子　　媒　　体	Ｆ　Ｄ	Ｍ　Ｏ	ＣＤ-Ｒ
見　　込　　件　　数	入　院　・	入院外　・	
備　　考			

《　作成要領　》

1　本依頼書は、保険医療機関（薬局）で作成する光ディスク等が厚生労働大臣の定めた記録条件仕様等に適合しているか事前に確認したい場合、保険医療機関（薬局）の所在する審査支払機関に医科、ＤＰＣ、歯科及び調剤別に作成し提出する。

2　本依頼書の提出期日は確認試験を実施する月の前月２０日までとする。

3　「点数表区分」欄には、医科、ＤＰＣ、歯科及び調剤の別を○で囲む。

4　「依頼回数」欄には、新規又は何回目の確認試験依頼か記入する。

5　「医療機関（薬局）コード」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）名」及び「保険医療機関（薬局）所在地（郵便番号を含む。）」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。

6　「プログラム名称」欄には、ソフトの名称及びシリーズ名を記入する。

7　「ソフトメーカー名」欄には、ソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。

8　「電子媒体」欄には、記録する電子媒体を○で囲む。

9　「見込件数」欄には、確認試験を受ける際の見込件数を記入する。