

事務連絡  
平成27年7月30日  
(審査管理課扱い)

各保険医療機関 様  
各保険調剤薬局 様  
各訪問看護ステーション 様  
各柔道整復施術機関 様

鹿児島県国民健康保険団体連合会

乳幼児医療費自己負担額支払明細個票提出時の  
送付書添付等の依頼について (依頼)

本会の事業運営につきましては、かねてからご理解ご協力をいただきお礼申し上げます。  
さて、標記について、本会における受領状況を明確にするため、乳幼児医療費自己負担額支払明細個票（以下「明細個票」）を提出の際は、乳幼児医療費自己負担額支払明細個票送付書（以下「送付書」）を添付していただきますようお願いいたします。

なお、送付書の様式、記載要領につきましては別添資料のとおりです。

また、明細個票を提出する際の注意事項も併せて送付いたしますので、ご確認ください  
ますようお願いいたします。

(送付書の様式、明細個票提出の注意事項等は、本会ホームページにも掲載しております。

ホームページ URL <http://www.kokuhoren-kagoshima.or.jp>)

連絡先

審査管理課情報管理係 永里・前野

TEL 099 (206) 1089

FAX 099 (206) 1085

住 所  
開設者  
氏 名



乳幼児医療費自己負担額支払明細個票送付書

機関コード			
機関名称			
点数表区分	医科・歯科・調剤・訪問看護ステーション・柔整		
診療（調剤、施術）月分	平成 年 月診療（調剤、施術）分		
提出年月日	平成 年 月 日		
媒体種類	FD	CD-R	紙
媒体枚数	枚	枚	冊
備考			

※1 本送付書は、点数表区分別に作成すること。

※2 点数表区分及び媒体種類については、該当に○を付すこと。

(記載要領)

乳幼児医療費自己負担額支払明細個票を提出される場合は、媒体（紙・FD・CD）と併せて本書の提出をお願いいたします。  
※郵送・宅配便等での送付、本会受付窓口への持参、いずれの場合も、本書の提出をお願いいたします。

江 川  
開設者  
氏 名

印

乳幼児医療費自己負担額支払明細個票送付書

機関コード	機関コード、機関名を記入します。		
機関名称			
点数表区分	医科・歯科・調剤・訪問看護 該当する点数表区分を○で囲みます。		
診療（調剤、施術）月分	平成 年 月 診療（調剤、施術）分		
提出年月日	平成 年 月 日		
媒体種類	FD	CD-R	紙
媒体枚数	枚	提出する媒体の種類を○で囲み、 FD・CD は枚数（紙の場合は冊数）を記入します。	
備考			

※1 本送付書は、点数表区分別に作成すること。

※2 点数表区分及び媒体種類については、該当に○を付すこと。