**レセプト写しの提出がない場合の連絡用**

Ｆ Ａ Ｘ 送 信 票

　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

【送信先】　山梨県国民健康保険団体連合会

　　　　　　　審査管理課　管理第三係

　　　　　　（FAX番号：055-233-1204）

【送付枚数】　１枚（本票含む）

【内　　容】

　平成　　年　　月提出分の重心レセプト写しはありません。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

保険医療機関（薬局）コード　：

医療機関等名称：

担当者名：

以上

**記載マニュアル**

**レセプト写しの提出がない場合の連絡用**

Ｆ Ａ Ｘ 送 信 票

　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

【送信先】　山梨県国民健康保険団体連合会

FAXを送信する年月日を記載する。

　　　　　　　審査管理課　管理第三係

　　　　　　（FAX番号：055-233-1204）

・提出する年月日を記載する。

・診療年月日ではないので注意する。

例）平成２８年１月提出が無い場合

　『平成２８年１月提出分』と記載する。

【送付枚数】　１枚（本票含む）

【内　　容】

　平成　　年　　月提出分の重心レセプト写しはありません。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

保険医療機関（薬局）コード　：

医療機関等名称：

担当者名：

以上