**重度心身障害者医療費助成事業レセプト写しの提出がない場合の連絡用**

Ｆ Ａ Ｘ 送 信 票

　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

【送信先】　山梨県国民健康保険団体連合会

**重度心身障害者係**

　　　　　　（FAX番号：055-233-1204）

【送付枚数】　１枚（本票含む）

【内　　容】

　令和　　年　　月提出分の重心レセプト写しはありません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |

保険医療機関（薬局）コード　：

医療機関等名称：

担当者名：

以上

**重度心身障害者医療費助成事業レセプト写しの提出がない場合の連絡用**

**記載マニュアル**

Ｆ Ａ Ｘ 送 信 票

　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　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してください。

**重度心身障害者係**

　　　　　　（FAX番号：055-233-1204）

・提出する年月日を記載してください。

・診療年月日ではないので注意してください。

例）令和2年8月提出が無い場合

　『令和2年8月提出分』と記載してください。

【送付枚数】　１枚（本票含む）

【内　　容】

　令和　　年　　月提出分の重心レセプト写しはありません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |

保険医療機関（薬局）コード　：

左から３桁目は　医科→1

　　　　　　　　歯科→3

　　　　　　　　調剤→4

　　　　　　　　訪問看護→6

を記載してください。

医療機関等名称：

担当者名：

以上