

1 風しん対策抗体検査・予防接種 支払額通知書

- ・ 国保連合会から医療機関等への振込金額の通知をします。

様式番号

風しん対策抗体検査・予防接種費 支払額通知書

大阪府国民健康保険団体連合会
令和1年 月 日作成

請求総括書の施設等区分に応じ、
「1：医療機関」であれば診療報酬口座、
「2：健診機関」であれば特定健診口座、
となります。

医療機関等	
〒	
住所	
番地	
方書	
医療機関名	
代表者名	様

令和1年 月分

被振込銀行		振込日
		令和1年 月 日

「決定」は、返戻分を除いた当月請求分を積み上げた金額となります。

医療機関等番号	
---------	--

区分	件数	金額（税込）
決定		
調整		
確定		

「調整」は、前月以前請求分を調整する必要が生じた場合に使用します。

振込額		円
-----	--	---

- ・ 振込金額の内訳を示します。

風しん対策抗体検査・予防接種費 支払額内訳書

大阪府国民健康保険団体連合

医療機関等番号	医療機関等名

[illegible]

請/調請	当月請求分	調	前月以前の請求分に係わる調整
------	-------	---	----------------

券種	1	抗体検査券	検査番号	1	健診・HI法	4	EIA法
	2	予防接種予診券		2	健診・EIA法	5	夜間休日・HI法
	3	予防接種券		3	HI法	6	夜間休日・EIA法

3 風しん対策抗体検査・予防接種 返戻通知書

- ・ 当月請求分のうち受診票等を返戻したものの一覧で通知します。

なお、返戻が無ければ送付いたしません。

様式番号

風しん対策抗体検査・予防接種費 返戻通知書

令和1年 月分

医療機関等番号	医療機関等名

大阪府国民健康保険団体連合会

令和1年 月 日作成

頁

[illegible]

券種	1	抗体検査券
	2	予防接種予診券
	3	予防接種券

検査 番号	1	健診・HI法	4	EIA法
	2	健診・EIA法	5	夜間休日・HI法
	3	HI法	6	夜間休日・EIA法