

兵庫県国民健康保険団体連合会 様

住 所
開設者
氏 名コーディングデータに係る確認試験依頼書

コーディングデータを提出するにあたり、確認試験を受けたいので次のとおり依頼します。

医療機関コード	電話番号	
保険医療機関名			
保険医療機関所在地	〒		
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)			
コーディングデータを 記録した媒体の種類	F D	M O	C D-R
媒体枚数	枚		
備 考			

《 作成要領 》

- 1 本依頼書は、紙レセプトに添付するコーディングデータが記録条件仕様に適合しているか事前に確認したい場合、保険医療機関の所在する審査支払機関に提出する。
- 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日までです。
- 3 「医療機関コード」、「電話番号」、「保険医療機関名」及び「保険医療機関所在地（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。
- 4 「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。
- 5 「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。
- 6 「コーディングデータを記録した媒体の種類」欄には、記録する電子媒体を○で囲む。
- 7 「媒体枚数」欄には、確認試験を受ける際の媒体の枚数を記入する。