

社会保険診療報酬支払基金 御中
国民健康保険団体連合会 御中
のいずれか

平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 御中

住所
開設者
氏名

新規の場合は新規を で囲み
そうでない場合は数字を記入

磁気レセプト確認試験依頼書

磁気テープ等を用いた請求を開始するにあたり、確認試験を受けたいので次のとおり依頼します。

依頼回数	新規・ 回目	医療機関コード				
保険医療機関名					電話番号	
保険医療機関所在地	〒					
メーカー名	日医総研 (日本医師会総合政策研究機構)		機種名	日医標準レセプトソフト		
磁気媒体	(JIS/固定項目長形式) MT FD 5 インチ 3.5 インチ	(MS-DOS /固定項目長形式) MO 3.5 インチ	(MS-DOS/CSV形式) MO 3.5 インチ FD 3.5 インチ	見込 件数	入院 外来	

(注) 本依頼書の提出期日は確認試験を実施する月の前月 20 日までとする。

----- キ - リ - ト - リ - セ - ン -----

見込み件数を記入

提出するメディアを で囲む

平成 年 月 日

御中

社会保険診療報酬支払基金

磁気レセプト確認試験実施連絡書

平成 年 月 日にご依頼のありました確認試験につきましては、次により実施いたします。
なお、ご提出いただく磁気媒体の貼付ラベルの余白に「試験用」と朱記されますようお願いいたします。

- 1 磁気レセプトの提出期日 月 日まで
- 2 磁気レセプトの提出先 社会保険診療報酬支払基金
- 3 確認試験の実施予定日 月 日
- 4 試験結果のリスト等の発送予定日 月 日
- 5 その他

「磁気テープ等を用いた請求に関する届出」を提出する場合は、磁気レセプトでの請求を開始する月の前月 20 日までをお願いします。

社会保険診療報酬支払基金 御中
国民健康保険団体連合会 御中
のいずれか

平成 年 月 日

_____社会保険診療報酬支払基金 御中

住 所
開設者
氏 名

磁気レセプト確認試験依頼書

磁気テープ等を用いた請求を開始するにあたり、確認試験を受けたいので次のとおり依頼します。

依頼回数	新規・回目	医 療 機 関 コ ー ド						
保 険 医 療 機 関 名					電 話 番 号			
保 険 医 療 機 関 所 在 地		〒						
メーカ一名					機 種 名			
磁 気 媒 体	(JIS/固定項目長形式) MT FD 5 インチ 3.5 インチ	(MS-DOS /固定項目長形式) MO 3.5 インチ	(MS-DOS/CSV 形式) MO 3.5 インチ FD 3.5 インチ		見 込 数	入 院 外 来		

(注) 本依頼書の提出期日は確認試験を実施する月の前月 20 日までとする。

----- キ - - リ - - ト - - リ - - セ - - ン -----

平成 年 月 日

御中

_____社会保険診療報酬支払基金

磁気レセプト確認試験実施連絡書

平成 年 月 日にご依頼のありました確認試験につきましては、次により実施いたします。
なお、ご提出いただく磁気媒体の貼付ラベルの余白に「**試験用**」と朱記されますようお願いいたします。

- 1 磁気レセプトの提出期日 月 日まで
- 2 磁気レセプトの提出先 _____社会保険診療報酬支払基金
- 3 確認試験の実施予定日 月 日
- 4 試験結果のリスト等の発送予定日 月 日
- 5 その他

「磁気テープ等を用いた請求に関する届出」を提出する場合は、磁気レセプトでの請求を開始する月の前月 20 日までをお願いします。