

別 紙

茨城県国民健康保険団体連合会 御中

住所  
開設者  
氏名

光 デ ィ ス ク 等 送 付 書

医療機関(薬局)コード			
医療機関(薬局)名称			
点数表区分	医 科 ・ D P C ・ 歯 科 ・ 調 剤		
診療(調剤)月分	平成 年 月診療(調剤)分		
提出年月日	平成 年 月 日		
媒体種類	FD	MO	CD - R
媒体枚数	枚		
備 考	※ 磁気媒体以外で同封する書類等がありましたらチェックをお願いします。		
		1. 返戻分紙レセプト _____ 件	
		2. 症状詳記	
		3. 治験概要書	
		4. その他(レントゲン写真等) ( _____ )	

※1 本送付書は、点数区分別に作成すること。

※2 点数表区分及び媒体種類については、該当に○を付すこと。