令和 　　年 　　月 　　日

徳島県国民健康保険団体連合会　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | ＣＤ-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日までする。

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。