

(審査支払機関名) 御中

住 所
開設者
氏 名

光ディスク等を用いた費用の請求に係る確認試験依頼書

光ディスク等を用いた費用の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。

点 数 表 区 分	医 科・D P C・調 剤	依 頼 回 数		新 規・回 目
医療機関（薬局）コード	電話番号		
保険医療機関（薬局）名				
保険医療機関（薬局）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)				
電 子 媒 体	F D	M O	C D-R	
見 込 件 数	入 院 ・		入院外 ・	
備 考				

《 作成要領 》

- 1 本依頼書は、保険医療機関（薬局）で作成する光ディスク等が厚生労働大臣の定めた記録条件仕様等に適合しているか事前に確認したい場合、保険医療機関（薬局）の所在する審査支払機関に医科、D P C及び調剤別に作成し提出する。
- 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日までとする。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、D P C及び調剤の別を○で囲む。
- 4 「依頼回数」欄には、新規又は何回目の確認試験依頼か記入する。
- 5 「医療機関（薬局）コード」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）名」及び「保険医療機関（薬局）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。
- 6 「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。
- 7 「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。
- 8 「電子媒体」欄には、記録する電子媒体を○で囲む。
- 9 「見込件数」欄には、確認試験を受ける際の見込件数を記入する。

電子媒体への表記

電子媒体への表記については、記録形式、点数表区分、医療機関（薬局）コード、保険医療機関（薬局）名称、診療（調剤）月分、提出年月日及び媒体枚数（請求枚数及び当該媒体の順）並びに支払基金又は国保連の別を記載する。

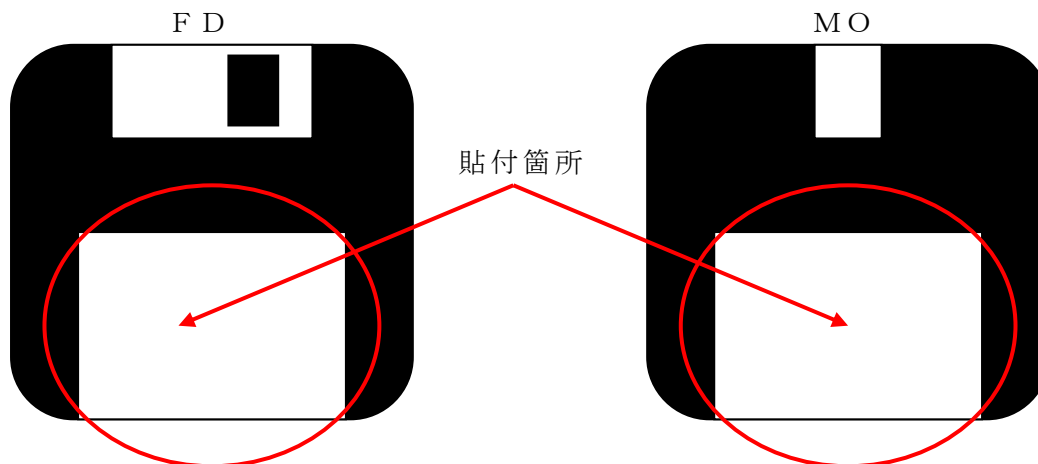
なお、確認試験で提出する電子媒体へは、貼付ラベルの余白に「試験用」と朱記する。

1 FD・MOへの貼付ラベル

MS-DOS／CSV形式（FD・MO用）

MS-DOS／CSV（医科・DPC・調剤）				支払基金 ・ 国保連
医療機関（薬局）コード				
保険医療機関（薬局）名称				
診療（調剤）月分	年	月分		
提出年月日	年	月	日	
媒体枚数	枚中	枚目		

FD及びMOへのラベルの貼付箇所



2 CD-Rへの表記

レーベル面にシール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入すること。

医療機関（薬局）コード			
保険医療機関（薬局）名称			
点数表区分	医科・DPC・調剤		
診療（調剤）月分	年	月分	
提出年月日	年	月	日
媒体枚数	枚中	枚目	
支払基金 ・ 国保連			



レーベル面

(審査支払機関名) 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 ・ 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	F D	M O	C D - R
媒体枚数	枚		
備 考			

※1 本送付書は、点数表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。