

# 障害福祉サービス費等の請求に関する送信票

事業所コード	04							
事業所名	(TEL : )							
連絡先担当者								

宮城県国民健康保険団体連合会 御中

令和 年 月 日提出

障害福祉サービス費等の請求を下記のとおり送信します。

記

◎障害福祉サービス費等の請求 (伝送時：送信日時 月 日 時 分)

サービス月	件数	請求金額	サービス月	件数	請求金額
月	(明) (サ) (計) (利)		月	(明) (サ) (計) (利)	
月	(明) (サ) (計) (利)		月	(明) (サ) (計) (利)	
月	(明) (サ) (計) (利)		月	(明) (サ) (計) (利)	
月	(明) (サ) (計) (利)		月	(明) (サ) (計) (利)	
月	(明) (サ) (計) (利)		計		
備考					

※送信した書類の該当する項目に○を付けてください。

- (明) 介護給付費等請求明細書 (サ) サービス提供実績記録票  
 (計) サービス利用計画作成費 (利) 利用者負担上限額管理結果票

## 記入方法

- 障害福祉サービス費等の請求欄の記載について、サービス月毎に、今回送信した内容を件数欄には介護給付費等請求明細書及びサービス利用計画作成費の総件数を、請求金額の欄には総請求金額を記入してください。
- 本票をコピーし、原則として月1枚作成してください。
- 一度送信票を送った後に、請求データの再送信をする場合
  - 請求データ送信後に送信漏れ等があった場合は、追加データを送信し、備考欄に「追加再送信」と記入した正しい送信票をFAX送信してください。
  - 請求データ送信後に送信データをすべて取下げ、請求データを再送信した場合は、備考欄に「取下げ再送信」と記入した正しい送信票をFAX送信してください。

⇒「取下げ再送信」を行う場合は、必ず電子請求受付システムで請求データの「取下げ」を行った上で、データの再送信を行ってください。

※本会での確認作業の関係から、10日までにFAX送信いただきますようお願いいたします。

**国保連合会 FAX 番号：022-222-7260**

※添書不要（本送信票一枚のみ送信下さい）